FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 22

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 Mars 1930, à 17 heures 30

PAR

HERMAN (RAYMOND-FRANÇOIS)

Né le 23 Juillet 1905, à LENS (P.-de-C.)

Contribution à l'Étude de l'Inspection médicale des Ecoles de la Ville de Lille

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. MINET

Suffragants MM. PIERRET
DEBEYRE
LEGRAND

— 1930 —
IMP. A. DURANT
204, Rue Solférino, 204
LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 22

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 Mars 1930, à 17 heures 30

PAR

HERMAN (RAYMOND-FRANÇOIS)

Né le 23 Juillet 1905, à LENS (P.-de-C.)

Contribution à l'Étude de l'Inspection médicale des Ecoles de la Ville de Lille

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. MINET

Suffragants MM. PIERRET
DEBEYRE
LEGRAND

— 1930 —
IMP. A. DURANT
204, Rue Solférino, 204
LILLE

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. CH. DUBOIS (I. ⚜). — Assesseur : M. GÉRARD E. (✻, I. ⚜)

Clinique médicale	MM. CARRIÈRE (O. ✻, I. ⚜), professeur	
	COMBEMALE (O. ✻, I. ⚜, M),	id.
Clinique chirurgicale	GAUDIER (✻, ✠, I. ⚜),	id.
	LAMBRET (C. ✻, I. ⚜),	id.
	CHARMEIL (✻, I. ⚜),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	BUÉ (✻, I. ⚜),	id.
Clinique obstétricale		
Pathologie interne et expérimentale et clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✻, I. ⚜, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	POTEL (✻, ✠, I. ⚜),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	INGELRANS (I. ⚜),	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ⚜),	id.
Anatomie	CORDIER (A. ⚜),	id.
Histologie	DEBEYRE (O. ✻, ✠, I. ⚜, ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie	VALLÉE (✻, I. ⚜),	id.
Chimie organique	POLONOWSKI (A. ⚜, ✠),	id.
Matière médicale et Botanique	FOCKEU (✻, I. ⚜, ✠, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD (Ernest) (✻, I. ⚜),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutiq.	DESOIL (✻, I. ⚜),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	PAUCOT (A. ⚜),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LE FORT (C. ✻, ✠, I. ⚜, O. ✠),	id.
Clinique psychiâtrique	RAVIART (✻, I. ⚜),	id.
Clinique médicale infantile	MINET (I. ⚜),	id.
Thérapeutique	DOUMER (Ed.)	
Médecine opératoire	VANVERTS (✻, I. ⚜),	id.
Hygiène et Bactériologie	PIERRET (I. ⚜),	id.
Médecine légale	LECLERQ (✻, ✠, I. ⚜),	id.
Hydrologie	DUHOT (I. ⚜),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. MORVILLEZ (A. ⚜) ; COMBEMALE P. (A. ⚜)

COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique ophthalmologique	MM. TOULANT	chargé du cours
Clinique oto-rhino-laryngologique	DEBEYRE (O. ✻, ✠, I. ⚜, ✠),	id.
Chimie analytique	POLONOWSKI (✠, A. ⚜),	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (I. ⚜),	id.
Parasitologie	LAVIER (✠)	id.
Déontologie	BERTIN (✻, I. ⚜),	id.
Physique médicale	FABRE (I. ⚜),	id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (O. ✻, I. ⚜), COMBEMALE (O. ✻, I. ⚜, ff.) P. CHARMEIL (✻, I. ⚜).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✻, I. ⚜), CALMETTE (C. ✻), LESCŒUR (I. ⚜), BAUDRY (✻, I. ⚜, ✠), DEBIERRE (✻, I. ⚜), DOUMER (✻, I. ⚜), CURTIS (✻, I. ⚜), LEMOINE (✠, I. ⚜), BÉDART (O. ✻, I. ✠).

Agrégés en exercice :

MM. GÉRARD M. (✠, ✠, I. ⚜), COMBEMALE P., DOUMER Ed. (✠, A. ⚜), P. DELANNOY (A. ⚜), PAQUET (✠, I. ⚜), BERTIN (✻), LEGRAND (✠, ✠, A. ⚜), SWYNGHEDAUW (I. ⚜, ✠), LAVIER (✠). AUGUSTE, GERNEZ, NAYRAC.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

R.UNIV. BIBLIOTHE LEIDEN

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail en témoignage de ma très grande reconnaissance et de mon profond amour filial.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

Que j'aime beaucoup.

A MES PARENTS

A CEUX QUE J'AIME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MINET

En le remerciant de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBEYRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRAND

A MONSIEUR LE DOCTEUR POREZ

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a guidé de ses conseils.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A LA MÉMOIRE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR VERHAEGHE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCAMP

Directeur du Bureau d'Hygiène de la Ville de Lille

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARQUEMBOURG

Adjoint au Service de l'Hygiène de la Ville de Lille

Introduction

L'inspection médicale des écoles n'est pas encore, à l'heure actuelle, organisée en France d'une façon systématique. Aucune loi ne l'a encore rendue obligatoire. Aussi n'existe-t-elle que dans de rares villes et Lille est l'une de celles où elle a été appliquée le plus tôt.

Cette question intéresse actuellement au plus haut point les pouvoirs publics. Il est vrai qu'elle est d'importance puisqu'elle vise à l'hygiène de l'enfance et à la protection de la race. Mais son application est peut-être plus délicate qu'on ne serait tenté de le croire. Pour être efficace, elle nécessite la collaboration du médecin-inspecteur, du médecin-traitant, de l'instituteur, des parents. Aussi exige-t-elle beaucoup de bonne volonté et de tact.

Nous avons voulu nous rendre compte par nous-même du fonctionnement du service d'inspection médicale scolaire de la ville de Lille. Nous avons voulu assister, participer à cette inspection de concert avec un médecin-inspecteur : M. le Docteur Porez. Nous avons pu ainsi observer certains détails, juger de son intérêt et nous nous proposons de rapporter fidèlement, de décrire clairement ce que nous avons vu.

Ensuite nous montrerons comment la collaboration du médecin-inspecteur, de l'instituteur, du médecin-

traitant est indispensable si l'on veut obtenir des résultats et rendre opérantes ces mesures d'hygiène sociale.

Pour terminer nous donnerons nos impressions et nous discuterons les améliorations qui pourraient être apportées.

Un point intéresse actuellement l'état et les syndicats médicaux français : c'est le recrutement des médecins-inspecteurs scolaires et l'indemnité qui doit leur être allouée. Nous estimons que le recrutement et le traitement sont liés en effet à la bonne marche de ce service.

Nous voudrions, à l'heure où beaucoup de communes désirent se documenter avant d'établir, d'organiser chez elles l'inspection médicale des écoles, qu'on puisse trouver dans ce travail des renseignements désirables et des suggestions utiles.

Nous n'avons d'ailleurs pas la prétention de mettre au point cette question assez complexe. Nous n'y apportons qu'une modeste contribution.

Historique

Doisy, dans un rapport présenté au nom de la Commission d'Hygiène publique sur le projet de loi relatif à l'inspection médicale des écoles primaires publiques et privées, à la Chambre des députés (30 juin 1911), établissait que : si l'inspection médicale des écoles était née en France, il y avait plus d'un siècle, puisque le 26 juin 1793 Lakanal proposait à la Convention Nationale la visite de chaque école par un officier de santé, chargé de plus de surveiller l'éducation physique des écoliers, cette inspection n'avait pas été appliquée.

La loi Guizot du 28 juin 1833 qui imposait aux communes le soin de veiller à la salubrité des établissements scolaires, et la loi du 30 octobre 1886 suivie du décret du 18 janvier 1887 qui instituait des médecins-inspecteurs agréés par le préfet, n'ont pas été plus heureuses puisque les réalisations continuaient à se faire attendre.

A l'heure actuelle, en 1930, l'inspecteur médicale des écoles n'est pas encore obligatoire et le projet Herriot de 1927 qui devait combler cette lacune n'est pas encore en vigueur.

Il y a bien des départements où elle est appliquée systématiquement et nous pouvons citer l'Ain, l'Aisne,

l'Aube, la Corrèze, le Doubs, l'Hérault, le Rhône, la Seine, la Haute-Vienne, l'Oise, le Var, le Vaucluse.

Dans ces divers départements l'organisation de cette inspection, la nomination des médecins-inspecteurs, les dépenses occasionnées par le fonctionnement du service sont différents. D'une façon générale, la commune, le département et l'Etat participent aux dépenses. Dans la plupart des cas les médecins-inspecteurs sont nommés par le Préfet, mais dans d'autres (Haute-Vienne et Var)ils sont nommés par le maire de la commune et agréés par le préfet. Dans deux départements (Hérault et Seine) ils sont nommés au concours et sont de véritables fonctionnaires. Dans les autres départements, beaucoup de villes ont pris l'initiative d'organiser cette inspection et d'en assurer les charges.

Il faut reconnaître qu'à Lille en particulier, l'inspection médicale des écoles a pris jour dès l'armistice (février 1919), grâce au concours du Comité Médical Américain de ravitaillement. Six circonscriptions furent établies dans la ville avec à leur tête un médecin aidé par des infirmières américaines et françaises fournies par ce comité.

M. le Docteur Ducamp, directeur du Bureau d'Hygiène de la ville de Lille, qui nous a fourni les renseignements, a le plus contribué à la mettre sur pied. Non content d'en donner les directives, il assura lui-même, pour se rendre mieux compte des difficultés pratiques et des améliorations à apporter, l'inspection dans une circonscription.

Il est évident qu'à cette époque, ce service n'était nullement officiel. Mais déjà les résultats enregistrés furent des plus satisfaisants. Chaque enfant eut sa fiche avec tous les renseignements désirables sur son

état physique, fiche exclusivement réservée au corps médical. Des visites hygiéniques des locaux furent systématiquement faites. Les débiles, les malingres, les malades furent dépistés et Dieu sait s'ils étaient légion après une occupation ennemie aussi longue avec son cortège de misère, de privations. De nombreux enfants purent ainsi être envoyés dans des colonies et des stations de cure et ce, grâce au Comité de Ravitaillement et à des subsides de la ville qui couvrait les frais de transport. Quant aux frais de séjour ils étaient payés par des œuvres privées.

17.000 enfants purent ainsi être surveillés, Lille en compte maintenant 25.000, écoles privées comprises.

Sur l'initiative du Docteur Verhaeghe, adjoint au maire de Lille, l'inspection médicale des écoles fut organisée, officiellement reconnue et appliquée, et dès ce moment, seule la ville en assuma la charge.

C'est ce fonctionnement qui existe actuellement à Lille, rendu possible grâce au concours du Docteur Ducamp qui apporta des suggestions heureuses et des améliorations au service d'inspection préexistant, et du Docteur Verhaeghe que nous avons l'intention de décrire dans tous ses détails.

Le rôle du Médecin-Inspecteur

Dans beaucoup de villes ou de départements où l'inspection médicale des écoles a été instituée, le rôle du médecin-inspecteur était exclusivement prophylactique.

Le seul fait que l'inspection médicale des écoles était assurée, était déjà une modification importante, une innovation, vue parfois, il faut bien l'avouer, d'un mauvais œil par les directeurs d'école qui craignaient que le médecin-inspecteur n'empiétât sur leur terrain. Les médecins-traitants aussi ne désiraient pas voir s'étendre les attributions de l'inspection médicale des écoles.

Aussi se bornait-on le plus souvent, et c'était déjà un résultat appréciable, à la surveillance hygiénique des locaux et à la prophylaxie des maladies transmissibles.

Ces seules fonctions sont, à la vérité, trop restreintes et, dans beaucoup de villes, la direction d'hygiène n'assume-t-elle pas, pour une grosse part cet office de prophylaxie ?

Evidemment le médecin, même quand il y a un service d'hygiène, n'est pas de trop pour indiquer les mesures nécessaires à la désinfection des locaux, pour éloigner les élèves dangereux pour leurs camarades, et pour proposer dans certains cas exceptionnels, la fermeture d'une classe et même d'une école.

Mais doit-il en rester là ? Doit-il rester indifférent à la santé physique de l'enfant ?

On pourra nous répondre que le médecin-traitant répond à cette tâche. Mais en France, la conception du médecin n'est pas encore telle que les parents se décident systématiquement à le consulter sans qu'il y ait des raisons majeures, des troubles sérieux de la santé ou une maladie caractérisée : Ce n'est pas pour conserver la santé que le médecin est consulté, mais pour enrayer l'évolution d'un état morbide. A ce sujet la mentalité générale pourrait être heureusement transformée.

Il est en tout cas un fait : c'est que l'enfant dont l'organisme est en perpétuel état de croissance, a besoin d'une surveillance étroite. La vie à l'école peut entraver, dans une certaine mesure, son développement physique, augmenter certaines débilités. Avons-nous le droit de rester impassible, et de nous désintéresser de sa santé, de son avenir et des services qu'il peut rendre à la Société ? Il y a là une question d'hygiène sociale, à laquelle le médecin doit participer sans empiéter sur le rôle du médecin de famille.

Nous estimons que l'école ne doit pas se borner à répandre l'instruction. Elle doit veiller au développement complet de l'enfant, de façon à en faire un homme sain et vigoureux.

Pour ce faire le médecin-scolaire ne fera pas œuvre médicale a proprement parler et n'instituera pas de traitement. Mais il pourra signaler les imperfections physiques de l'enfant, dépister le plus tôt possible les affections ou les troubles dont il peut être atteint. L'hygiène du corps et des vêtements, l'hygiène alimentaire retiendront son attention. Les résultats de l'édu-

cation physique seront contrôlés et des mesures spéciales prises pour malingres et malades.

Nous ne faisons qu'esquisser ici le rôle général du médecin-scolaire ; les détails en seront étudiés plus loin. Mais il faut dès maintenant, noter que la santé intellectuelle et l'éducation physique des enfants et des maîtres, questions sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement, ne doivent pas être négligées.

Il faut reconnaître qu'à Lille ou ne s'est pas borné seulement à attribuer au médecin le rôle de veiller à l'hygiène des locaux et à la prophylaxie des maladies contagieuses, on lui a, dès le début, confié la surveillance de la santé physique de l'enfant ; et c'est même là sa fonction la plus importante, l'hygiène des locaux relevant pour une grosse part du Bureau d'Hygiène de la ville.

Certes, il y a encore mieux à faire et nous reviendrons sur les améliorations susceptibles d'être apportées. Mais déjà tel qu'il existe, le service d'inspection médicale scolaire rend de très gros services, sans que le médecin-traitant ou les pédagogues n'aient à en souffrir.

Nous allons, preuves à l'appui, vérifier le bien-fondé de nos assertions et montrer comment fonctionne à Lille ce service d'hygiène sociale de l'enfance.

Auparavant nous indiquerons rapidement quelles sont les fonctions du médecin-scolaire à Lille.

Comme nous l'avons vu, le service d'hygiène assure de lui-même la désinfection de l'école aussitôt qu'un cas de maladie contagieuse lui est signalé. Le médecin reçoit du bureau d'hygiène, mention de cette maladie de façon à pouvoir le noter sur la fiche médicale de l'enfant. Dans certains cas, si l'épidémie prend des pro-

portions inquiétantes, nous le verrons peut-être appelé à donner son avis et proposer certaines mesures que nous étudierons plus loin.

Le médecin-scolaire est tenu d'assurer une visite mensuelle collective dans chaque école maternelle, et une visite semestrielle collective dans les autres écoles.

Au cours de ces visites, son observation doit porter sur l'hygiène des locaux et sur l'état sanitaire général de la classe. D'autre part, il doit, avec le concours de l'instituteur et de l'assistante scolaire, déceler les enfants qui sont justiciables, soit du fait de leur aspect chétif, de leur défectuosité physique, de leur rendement intellectuel insuffisant ou de leur psychisme anormal, d'une examen médical consciencieux.

Cet examen médical doit être pratiqué tous les jeudis sauf en périodes de vancances, au cabinet médical de la circonscription. Ce cabinet est situé pour la 4e circonscription, à l'école Buffon. Il comprend deux pièces: une salle d'attente et le bureau. Celui-ci comporte une installation sommaire : une table d'examen — qui n'existe pas dans les autres circonscriptions — une bascule, une toise, des tableaux avec lettres imprimées en gros caractères pour l'appréciation de l'acuité visuelle, une armoire qui contient toutes les fiches médicales et médico-pédagogiques.

Le médecin a aussi à sa disposition, des serviettes d'auscultation et des spatules en bois pour examen de la gorge, un lavabo.

Cette visite du jeudi porte le nom de visite individuelle. Le médecin-scolaire est tenu de noter sur la fiche médicale, l'observation détaillée de l'écolier malade, d'aiguiller l'enfant vers son médecin-traitant ou le spécialiste.

A la fin de l'année, il doit procéder à l'examen des enfants désireux de se rendre en colonies de vacances et désigner ceux qui lui paraissent devoir en profiter.

Le service de l'inspection médicale scolaire doit établir et tenir à jour :

1° Le dossier sanitaire de chaque école. Ce dossier comprendra tous documents (copie des rapports d'inspection des locaux, réclamations relatives aux locaux et au matériel, travaux effectués, maladies épidémiques, etc...), susceptibles de faire apprécier l'état de salubrité générale de l'Ecole et ressortir les incidents sanitaires généraux survenus au cours de la vie de l'école.

Ce dossier est tenu à jour par les Assistantes scolaires sous la direction du Médecin-inspecteur et le contrôle du Directeur ou de la Directrice de l'école. Il est conservé par eux dans les archives de l'école. Le registre d'inspection médicale, tenu par les Directrices d'Ecoles Maternelles pourra — pour ces écoles — tenir lieu de dossier sanitaire de l'école.

2° Le dossier sanitaire individuel des enfants. Chaque enfant a son dossier sanitaire. Celui-ci comporte deux parties :

a) La fiche médico-pédagogique sur laquelle sont notées les observations relatives au développement physique et intellectuel de l'enfant, observations relevées par l'assistante médicale et l'instituteur, les résultats donnés par les mensurations, les avis donnés par le médecin-inspecteur à l'intention des divers services scolaires et parascolaires. Cette fiche est conservée par le Directeur ou la Directrice de l'Ecole et ne doit être communiquée qu'à la famille de l'enfant et aux services scolaires intéressés. Lorsque l'enfant quitte l'école, cette fiche est remise au médecin-inspecteur.

b) La fiche observation médicale, complément médical de la fiche médico-pédagogique, sur laquelle le médecin note tous renseignements d'ordre médical et sanitaire intéressant l'enfant. Cette fiche reste entre les mains du médecin-inspecteur. Le médecin-traitant de la famille de l'enfant, sur demande de la famille, peut toujours en obtenir communication.

Si l'enfant quitte l'école pour se rendre dans une école d'une autre circonscription, le médecin-inspecteur joint à la fiche observation médicale la fiche médico-pédagogique que lui remettra le Directeur de l'école et il adressera le tout au médecin-inspecteur de la nouvelle école de l'enfant.

Si l'enfant quitte définitivement les écoles publiques de la ville, le dossier sanitaire individuel en son entier est remis à la famille de l'enfant.

L'Hygiène des locaux scolaires

Si à Lille, le bureau d'hygiène se réserve une large part dans la question de l'hygiène des locaux scolaires, le médecin-inspecteur ne peut quand même pas s'en désintéresser complètement.

A M. le Dr Porez qui nous avait convoqués pour participer à une de ses tournées d'inspection, nous faisions part de nos réflexions : Visiter des bâtiments, voilà une besogne bien fastidieuse et qui devait être dénuée d'intérêt ! Evidemment cette question nous séduisait infiniment moins qu'une série d'observations cliniques. C'était naturel, et cependant nous allions assez tôt convenir de notre erreur et reconnaître que, si la tâche n'était pas si attrayante, elle revêtait quand même un caractère d'utilité.

Cemmençant par la visite de l'école maternelle Daguerre, le Docteur Porez nous présenta à la Directrice qui fit aussitôt connaître son établissement. Nous fûmes immédiatement frappés par la tristesse des lieux : classes sombres, sans gaîté, sans confort, comme étouffées dans l'enceinte rétrécie des murs de la cour. Seul par des vasistas haut situés, passait un peu de lumière et la Directrice nous signala qu'ils s'ouvraient difficilement et que l'aération en était rendue pénible. Mais observant les bambins que notre arrivée avait quelque peu surpris, nous fûmes frappés de leurs

mines ternes, sans éclat, de leurs yeux cernés, de leur manque de vigueur. C'est dans cette école que nous observâmes le plus grand nombre de déformations rachitiques et d'enfants malingres. Et de là à établir rapidement un rapport entre la défectuosité de cette école sombre, peu aérée, peu éclairée et l'état physique déficient des bambins il n'y avait qu'un pas. Il ne faut évidemment pas mésestimer les fautes alimentaires et le séjour habituel de ces enfants dans des habitations elles aussi peu hygiéniques du quartier miséreux qu'est Saint-Sauveur. Mais au lieu de compenser dans une certaine mesure ces défauts par des qualités correspondantes, l'école n'accentuait-elle pas par son manque d'hygiène les tares et les déchéances physiques de ces enfants ?

Il est d'ailleurs fortement question de la faire disparaître à la suite de rapports nombreux déplorant cette insalubrité.

Mais l'application de cette mesure est pratiquement assez longue. Il y a la question des crédits et il faut une autre école qu'on ne bâtit pas en un jour.

Nous sommes maintenant à l'école Buffon. Quel contraste frappant ! L'école est riante, claire, bien aérée par de larges fenêtres et des vasistas. Le mobilier est net, les cartes de démonstration sont propres. La cour est spacieuse et, bien qu'on ait la perspective des cheminées fumeuses des usines voisines, c'est un des rares endroits de la ville où l'on ait malgré tout l'impression de respirer à pleins poumons.

Quelque chose de vivant se dégage de cette atmosphère. Rien d'étonnant à ce que les élèves soient bien portants. En fait leurs mines sont fraîches.

Mais le Docteur Porez ne néglige rien dans ses inves-

tigations. Voici les lavabos un peu insuffisants, les w.-c. n'ont point de chasse d'eau. Note est prise de ces imperfections et la feuille de revendications adressée au Bureau d'Hygiène, ne sera point négligée.

Mozart ! Pouvait-on doter d'un nom plus approprié cette école de tout-petits. Nous entrons en plein menuet: les enfants s'arrêtent, surpris dans leur ronde. Une école ? on se le figure à peine. Plutôt un grand hall familial idéal pour sa luminosité. Tout est blanc ou vert d'eau, les portes sont vitrées, les fenêtres très larges. Les decorations peintes sur verre rehaussent toute cette clarté de teintes vives, chatoyantes évidemment séduisantes pour ces jeunes enfants.

Le mobilier est simple, moderne, confortable, les jouets robustes et non dangereux. Pas d'atmosphère viciée, une bonne ventilation par vitres contrariées. Les enfants trouvent dans leur classe tout ce qui leur est nécessaire pour leur libre expansion : aussi sont-ils bien portants. Rien à dire vraiment pour l'école Mozart !

Nous continuâmes pour chaque école, d'accompagner le Docteur Porez. Ce dernier nous montra, et nous en sommes maintenant persuadés, qu'une inspection soigneuse visant à l'hygiène des locaux scolaires, doit s'intéresser à tout et porter sur quantité de détails.

La situation de l'école, son orientation sont importantes. Importantes aussi sont les questions de chauffage, de ventilation ,d'éclairage naturel et artificiel, de cubage (5 m^3 au moins par individu), d'état de propreté des murs et plafonds peints ou blanchis à la chaux.

Peut-on parler d'hygiène dans une école où la cour est insuffisamment grande, où le sol est imperméable,

non caillouté, où l'évacuation des eaux est mal faite ? Peut-on être à l'abri des épidémies dans telle autre ou d'adduction d'eau potable est précaire, où les fosses d'aisance sont mal étanches ?

Voici du reste le modèle de rapport d'inspecteur sanitaire des locaux scolaires mis à la disposition du médecin.

VILLE DE LILLE

Service Municipal
de
L'Inspection Médicale Scolaire

NOTA. — Ce rapport est à adresser à la Mairie (5e Division), les 1er Juin et 1er Décembre de chaque année.

RAPPORT D'INSPECTION SANITAIRE

des Locaux Scolaires

Date : .....

Ecole : .....

Médecin-Inspecteur : .....

1. **Propreté extérieure et intérieure des murs.** — (Indiquer si un blanchissage ou un lavage est nécessaire et cela selon que les murs ont été déjà blanchis ou peints).

.....

2. **Cours et Préaux.** — (Etat du sol ; arrosage ; évacuation des eaux ; ombrages).

.....

3. **Urinoirs et Water-Closets.** — (Disposition et état d'entretien). **Fosse d'aisances.** — (Date de la prochaine vidange).

.....

4. **Escaliers.** — (Propreté et état d'entretien).

.....

5. **Vestiaires et Lavabos.** — (Disposition et état d'entretien).

.....

6. **Classes.** — (Propreté des murs, vitres, tableaux muraux ; mobilier ; éclairage ; ventilation ; chauffage ; surpeuplement).

.....

7. **Bains-Douches.** — (Appareil ; distribution de l'eau ; vestiaires).

.....

8. **Cantine scolaire.** — (Mobilier en général ; tenue du mobilier, de la batterie et des ustensiles de cuisine).

.....

9. **Suites données aux améliorations demandées lors du précédent rapport :**

.....

LE MÉDECIN-INSPECTEUR :

Mais les observations et les projets votés sur ce rapport seraient lettre morte, s'ils n'étaient agréés par les services responsables et par l'administration municipale. Il n'en est rien heureusement et s'il est impossible de bâtir du jour au lendemain une école, la plupart des modifications à apporter, des améliorations proposées sont étudiées.

Et nous livrons à la curiosité du lecteur les travaux devant être faits dans les écoles de la 4e circonscription que nous avons visitées.

Décembre 1929.

Relevé des demandes de travaux ou de modifications à effectuer dans les écoles, présentées par M. le Dr Porez, médecin-inspecteur pour les écoles de la 4e circonscription médicale.

Ecole Buffon

Urinoirs et w.-c. — Pas de robinet permettant le lavage à volonté des w.-c.

Bains-douches. — Les murs intérieurs des bains-douches et du cabinet médical auraient besoin d'être repeints.

Ecole Arago

Propreté extérieure et intérieure des murs. — Les murs extérieurs sont sales.

Vestiaires et lavabos. — Lavabos trop petits.

Classes. — Les murs sont sales. Les tableaux devraient être ardoisés.

Ecole Jacquart

Propreté extérieure et intérieure des murs. — Murs intérieurs et extérieurs sales ; à nettoyer.

Vestiaires et lavabos. — Lavabos insuffisants et se trouvant dans la cour.

Classes. — Les murs doivent être nettoyés.

Ecole Daguerre

Propreté extérieure et intérieure des murs. — Les murs de la façade et de la cour sont sales ; un blanchissage doit être fait cette année.

Cours et préaux. — Le sol de la cour est en mauvais état.

Classes. — Eclairage défectueux. Classes obscures. Ventilation difficile. Humidité de toute l'école.

Ecole Watteau (Annexe Pasteur)

Propreté extérieure et intérieure des murs. — Les murs de la façade et de la cour sont sales.

Classes. — Le sol des classes actuellement bitumé, humide et froid devrait être parqueté.

Ecole Pasteur

Vestiaires et lavabos. — Les lavabos trop petits sont situés dans la cour.

Ecole Philippe de Comines

Cours et préaux. — Il manque des bancs pour les petits enfants.

Classes. — Les stores sont sales (nécessité de blanchir) ; il y aurait intérêt à les poser vers Pâques.

Ecole Jeanne Maillotte

Propreté extérieure et intérieure des murs. — Les murs intérieurs doivent être peints cette année.

Classes. — L'éclairage laisse à désirer ; la lumière est vacillante, les tuyaux sont remplis d'eau ; cet état de choses serait imputable à l'explosion des 18 points ; des fuites dans la canalisation sont vraisemblables.

Ecole Michelet

Cours et préaux. — Les égoûts de la cour ne sont pas nettoyés régulièrement.

Classes. — Eclairage un peu défectueux. Réfection des tableaux noirs, ardoisage, peinture, urgent pour quatre classes.

Nous espérons avoir montré dans ce chapitre comment le médecin-inspecteur scolaire pouvait concevoir son rôle en ce qui concerne l'hygiène des locaux. Notre tâche n'est pas ici d'indiquer d'une façon monotone tous les points à envisager pour cette question. On trouvera tous ces renseignements dans les ouvrages classiques, dans les traités d'hygiène.

Il est une chose qui doit être retenue. Le médecin doit pouvoir être à même de donner son avis au moment de la création d'un établissement scolaire afin que les locaux réalisent les conditions d'hygiène indispensables aux enfants et que des écoles comme l'école Daguerre ne puissent être construites.

Il faut qu'il soit consulté dans tous les endroits où il n'y a pas de bureau municipal d'hygiène.

Pour terminer nous mettrons en valeur deux faits : la nécessité pour le développement physique, la santé de l'enfant, d'une école saine et le beau rôle du médecin-scolaire pour arriver à ce but.

S'il est pénétré de la grandeur de sa tâche et s'il aime l'enfance, la visite des classes sera loin de lui paraître fastidieuse.

Prophylaxie des maladies contagieuses

La prophylaxie des maladies transmissibles est une des principales occupations du médecin chargé de la surveillance d'une collectivité d'enfants telle que l'école.

A Lille cette prophylaxie est assurée automatiquement par le service d'hygiène et le médecin n'intervient pas lors de cas isolés. Quand une maladie infectieuse survient dans une école, le directeur ou la directrice avise le bureau d'hygiène qui prend alors toutes les mesures nécessaires et la désinfection des locaux est assurée.

On se sert à Lille de lavages au crésyl, au lysol et à l'eau de Javel. On désinfecte avec le formol utilisé en vaporisations.

Le médecin reçoit bien lui-même un avis de maladie contagieuse mais c'est pour pouvoir noter cette affection sur le carnet médical de l'enfant. L'éviction est décidée pour les frères et sœurs du petit malade d'une façon systématique. Le médecin doit s'assurer, par l'intermédiaire des assistantes scolaires, que cette mesure est bien appliquée. La durée d'éviction est affichée dans tous les cabinets médicaux. Nous la reproduisons :

VILLE DE LILLE

PROPHYLAXIE SCOLAIRE

Maladies infantiles contagieuses

Ce que chacun doit savoir

Désignation des Maladies	Durée moyenne de l'incubation	PRINCIPAUX SYMPTÔMES	Période contagieuse	CONDUITE A TENIR
Rougeole	4 à 5 jours	Eternuements, rhume de cerveau, yeux rouges et larmoyants: toux rauque, bruyante ; voix enrouée; fièvre modérée. Piquetée rouge sur le palais petites plaques blanchâtres sur les gencives. Vers le troisième jour, sur le front et les joues d'abord, tâches rouges séparées par des intervalles de peau saine.	Surtout au début	Eloignement des malades pendant seize jours à partir du début, ainsi que leurs frères et sœurs, même sains, à moins qu'ils n'habitent pas avec les malades ou qu'ils n'aient eu la rougeole auparavant. Eloignement immédiat de tout enfant enrhumé n'ayant pas eu la rougeole.
Coqueluche	11 jours	Pendant huit à dix jours. toux ordinaire, mais tenace, s'accompagnant parfois d'éternuements ou de crachements. Après ce délai, toux quinteuse, prolongée, bruyante avec suffocation.	Surtout au début	Eloignement du malade dès les premiers symptômes, pendant trois semaines au maximum, ainsi que de ses frères et sœurs, même sains, à moins qu'il n'habitent pas avec le malade ou qu'ils n'aient eu la coqueluche auparavant. Eloignement immédiat de tout enfant enrhumé n'ayant pas eu la coqueluche.
		Gonflement rapide de la partie située au-dessous de l'oreil-		Eloignement du malade pendant dix jours à partir du début. Surveillance de ses frères et sœurs à moins

Varicelle (Petite Vérole Volante)	12 jours	ges, surtout au tronc, à la face, sur le cuir chevelu, au milieu desquelles il se forme de petites bulles de la grandeur d'une lentille, remplies d'un liquide claire.	Environ dix jours à partir du début	qu'ils n'habitent pas avec le malade ou qu'ils n'aient eu la varicelle auparavant. Ils devront être éloignés à leur tour aux premiers symptômes.
Scarlatine	5 à 6 jours	Mal de gorge ; gorge rouge, souvent avec taches blanches, fièvre élevée, vomissements. Vers le deuxième jour, plaques rouge écarlate sur le cou, la poitrine, les membres, puis sur la face. Terminaison par desquamation de la peau ; le malade ne desquame pas si chaque jour on le soumet à des frictions savonneuses dans le bain.	Pendant toute la durée de la maladie et de la convalescence et parfois même après guérison	Eloignement immédiat et isolement du malade pendant quarante jours au moins à partir du début, plus longtemps si la gorge reste rouge ou si la desquamation persiste. Eloignement de ses frères et sœurs même sains, à moins qu'ils n'habitent pas avec le malade ou qu'ils n'aient eu la scarlatine auparavant. Eloignement immédiat de tout enfant ayant mal à la gorge et n'ayant pas encore eu la scarlatine.
Diphtérie et **Croup**	4 à 5 jours	Mal de gorge ; gorge rouge avec peau blanc grisâtre ou jaunâtre; fligonement des ganglions au cou. Fièvre modérée, pâleur. Dans le cas de croup, voix enrouée, toux rauque; respiration gênée, bruyante, sifflante; visage parfois bleuâtre. Souvent rhume de cerveau.	Pendant toute la durée de la maladie et de la convalescence et souvent même après guérison	Désinfection obligatoire. Eloignement immédiat et isolement du malade pendant quarante jours au moins à partir du début, plus longtemps si la gorge reste rouge ou s'il persiste du rhume de cerveau. Eloignement de ses frères et sœurs même sains, à moins qu'il n'habitent pas avec le malade. Eloignement immédiat de tout enfant ayant mal à la gorge. Désinfection obligatoire.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Tout enfant doit avoir été vacciné avec succès au cours de sa 1re et de sa 10e année. (Loi du 15 fév. 1901, art. 6).

La propreté notamment celle des mains et de la tête, préserve de beaucoup de maladies.

Il faut toujours regarder dans la bouche et dans la gorge d'un enfant qui commence une maladie.

Dans le cas de l'apparition d'un ou de plusieurs symptômes énumérés dans le tableau ci-dessus **le maître en informe de suite les parents, le devoir des parents est d'appeler sans retard le médecin.**

Le médecin peut avoir à intervenir si les cas sont nombreux et si l'épidémie est massive. Il peut avoir à proposer au Directeur d'Hygiène la fermeture d'une école, son licenciement. Cette décision ne peut être prise que par le Préfet.

Cette mesure n'a pas été réalisée à Lille que nous sachions. Elle doit en vérité être exceptionnelle dans les villes parce que les enfants éloignés de la classe jouent dans la rue et les squares et se trouvent ainsi tout aussi bien en contact avec des enfants qui continuent à fréquenter la classe ou d'autres en période d'incubation.

Le licenciement sera surtout envisagé pour une épidémie grave : la rougeole par exemple. Dans cette affection, la désinfection est pour ainsi dire inutile. Le virus morbilleux n'ayant qu'une très faible vitalité en dehors de l'organisme humain, sa contagion est essentiellement directe. On peut y avoir recours aussi dans la poliomyélite aiguë ou la maladie de Heine-Medin. L'école semble avoir en effet joué un rôle primordial dans certaines épidémies de poliomyélite telles que celles de Trustena Gardsby observées en Suède.

D'autre part l'éviction a des inconvénients. En éloignant pendant des semaines un nombre élevé d'enfants, ceux-ci sont abandonnés à eux-mêmes, exposés aux mauvaises fréquentations de la rue, leurs instruction est retardée.

Si pour les maladies infectieuses, le bureau d'hygiène de la ville prend toute disposition utile sans initiative du médecin-inspecteur scolaire, il est par contre certaines affections contagieuses dont la contagiosité est peu connue du public et qui nécessitent l'attention du médecin. Il pourra les déceler au cours des

deux visites semestrielles ou visites collectives ou au cours des visites individuelles.

Ces affections sont : la conjectivite granuleuse ou trachome, la stomatite ulcéro-membraneuse et même certaines otites suppurées à suppuration abondante.

Il va sans dire que tout enfant atteint de tuberculose pulmonaire ou même de tuberculose ganglionnaire et osseuse suppurées sera éliminé de l'école.

Quant à l'adénophathie péritrachéo-bronchique tuberculeuse, elle ne doit entraîner aucunement l'éviction de l'école, mais plutôt le placement de l'enfant dans les écoles de plein air par exemple.

Les staphylococcies, les streptococcies parmi lesquelles on peut faire rentrer les impétigos, les mycoses, la phtiriase, la gale peuvent être considérées comme transmissibles.

Les résultats de nos enquêtes montrent que dans les écoles de Lille, il y a peu de phtiriase, peu de gale, peu d'impétigo et nous savons que l'impétigo est souvent d'origine parasitaire. Il faut dire que cet heureux résultat est dû pour une grosse part à la lutte sans merci que livrent avec ténacité les assistantes médicales scolaires contre ces affections. Elles sont moins heureuses en ce qui concerne la propreté de certains enfants qui répugnent à se laver et à fréquenter les bains-douches qui existent dans chaque circonscription et où les enfants peuvent venir tous les jeudis matin. Dans ce sens, il y a encore beaucoup à faire pour l'éducation des parents.

En définitive, la situation hygiénique des écoles de la ville de Lille est bonne et on n'a pas eu à déplorer depuis de nombreuses années d'épidémies redoutables. Les résultats sont là pour montrer que les mesures pri-

ses sont efficaces. Pourrrait-on les rendre plus opérantes ? En principe oui, en fait non nous ne le croyons pas.

Il est évident que la désinfection des locaux et des meubles est souvent inutile.

Comme le fait remarquer Comby en 1911, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche n'ont jamais été aussi fréquentes dans les années qui précèdent bien que la désinfection municipale fonctionne activement. Et s'il constate que la diphtérie a reculé, c'est bien plutôt à cause de la sérothérapie et à la désinfection des orifices naturels chez les suspects.

« Les microbes de la scarlatine, de la diphtérie, de la coqueluche, des oreillons, etc... dit Comby, ne s'attachent pas aux murs ni au plafond, ils sont véhiculés par les malades et par ceux qui les approchent. Ils vivent dans leurs secrétions et excrétions. C'est leur milieu de culture idéal. »

Aussi ne faut-il pas s'en tenir uniquement à la désinfection des locaux surtout indiquée dans la scarlatine, la diphtérie et ne doit-on pas négliger celle des orifices naturels. Des conseils dans ce sens peuvent être donnés à Lille par le médecin-inspecteur scolaire. L'isolement ne devrait pas se limiter à l'éviction des frères et sœurs du malade et n'y aurait-il pas lieu de décider celle des voisins. La Société des médecins-inspecteurs des écoles de Paris avait envisagé l'éviction des quatre élèves voisins de classe. Cette mesure ne semble pas logique. Il serait préférable de pratiquer la recherche systématique des porteurs de germes. Mais même si celle-ci n'était faite que dans des cas d'épidémies sérieuses, n'est-elle pas extrêmement longue, peu pratique et ne nécssite-t-elle pas un outillage de labora-

toire ? Ne devrait-elle pas s'appliquer à tous les écoliers et même aux maîtres et au personnel ?

Est-on sûr d'autre part que ces porteurs de germes seront soignés comme il le convient, que par exemple les porteurs de bacilles diphtériques seront astreints à la sérothérapie générale et locale, à des insufflations d'air chaud du pharynx et à des gargarismes antiseptiques ? Peut-on évincer pendant des mois des porteurs rebelles ?

Malgré les difficultés d'ordre pratique, il serait à souhaiter tout au moins en ce qui concerne les malades, que ces mesures minima soient prises et qu'on ne délivre le certificat de réadmission que si les ensemencements sont devenus négatifs. Ce certificat de réadmission peut être fait par le médecin-traitant ou par le médecin-inspecteur scolaire. Le premier semble plus indiqué pour juger de la non contagiosité de l'enfant.

Pour certaines maladies, la durée classique d'éviction est pour le moins arbitraire. Ainsi, en ce qui concerne la diphtérie, la durée de trente jours après la guérison clinique ne s'explique pas. Tout dépend de la vitalité des germes. Il semble qu'il serait beaucoup plus logique de ne réadmettre en classe que l'enfant évincé qui a eu deux ensemencements négatifs opérés à huit jours d'intervalle.

En ce qui concerne la scarlatine, si celle-ci n'est pas compliquée, la durée d'isolement (40 jours) est réellement trop longue, car l'on sait que c'est surtout à la période de début que la maladie est contagieuse et que le germe virulent existe surtout dans la salive et les secrétions nasopharyngiennes, que le rôle des squames dans la diffusion du coulage n'est plus guère admis.

Si par contre la scarlatine se compliquait d'otite par exemple, la durée d'éviction pourrait être prolongée.

La durée d'isolement de la rougeole pourrait être ausssi diminuée. D'après le règlement elle doit être de 16 jours après le début de l'éruption et nous savons que la contagiosité cesse avec la disparition de l'exanthème. Il en est de même de la rubéole.

Pour la varicelle ne vaudrait-il pas mieux se baser sur la disparition des croûtelles qui apparaissent 8 à 10 jours après le début, plutôt que de fixer l'éviction à 16 jours ?

La coqueluche, on le sait bien, est contagieuse à la période catarrhale et surtout au début de la période des quintes ; alors pourquoi isoler les malades pendant 30 jours après la disparition définitive des quintes ?

Les remarques que nous avons faites pour la diphtérie sont les mêmes pour la méningite cérébrospinale épidémique.

La prophylaxie existe bien dans toute sa rigueur pour la variole qui a disparu, on peut dire, à peu près complètement et ce à cause de la vaccination obligatoire qui est assurée à Lille dans les écoles par certains médecins à tour de rôle.

La vaccination antityphique, à cause de ses réactions violentes et bien qu'elle soit réellement efficace — la guerre l'a montré amplement — n'est pas encore entrée dans le domaine pratique tout au moins dans les écoles.

Il n'en est pas de même pour la vaccination antidiphtérique qui a été appliquée à Lille il y a près de 2 ans (Dr Porez, Soc. Médecine, oct. 1929 — Echo Médical, nov. 1929 — Thèse Tourgis 1929) et dont on commence déjà à entrevoir les résultats heureux.

Elle est d'application facile dans les milieux scolaires. Ces vaccinations sont faites par les médecins-inspecteurs des écoles et ne sont en principe réservées, puisque la loi n'est pas encore obligatoire, qu'aux enfants de l'assistance médicale gratuite.

La vaccination préventive nous paraît devoir prendre en prophylaxie un rôle important. Puisse-t-elle s'étendre dans l'avenir à la plupart des maladies contagieuses. C'est le plus sûr moyen prophylactique des épidémies puisqu'elle empêche leur éclosion alors qu'actuellement le médecin-inspecteur ne peut, en général, que se borner à enrayer leur extension.

Vaccination antidiphtérique

ANNÉE 1929

ECOLES COMMUNALES	1° piqure	2° piqure	3° piqure	Total des piq.
Effectif 1897 1° Circonscription Dr LOOTEN	896	831	707	2 434
2° Circonscription Dr CRÉPIN	—	—	—	—
3° Circonscription Dr LABISSE	677	595	492	1.764
4° Circonscription Dr POREZ	766	715	673	2.154
5° Circonscription Dr SONNEVILLE	711	658	499	1.868
6 Circonscription Dr TRAMPONT	—	—	—	—
	3.050	2.799	2.371	8.220

ECOLES PRIVÉES		
Dr DAVID		
1° piqure	2° piqure	3° piqure
139	137	137

Total 423.

L'Assistance scolaire

La circulaire ministérielle du 3 mars 1924 conseillait la création d'assistantes scolaires d'hygiène.

— C'est à l'étranger et notamment aux Etats-Unis, en Angleterre, en Suisse, en Suède que les infirmières scolaires existèrent en premier lieu.

— Aux Etats-Unis où elles sont nommées au concours, elles fonctionnent depuis 1874. Outre les visites à domicile, elles se chargent des soins journaliers à donner aux écoliers. A New-York en particulier, les infirmières scolaires sont sous l'autorité d'une surveillante à qui elles doivent remettre chaque semaine un rapport écrit.

— En Angleterre depuis 1900 existent des « Schoolnurses ».

— En France, les services d'infirmières scolaires sont peu nombreux et récents. En 1913 la ligue de l'Enseignement à Aix-les-Bains émit un vœu pour attacher aux écoles une infirmière scolaire, ancienne élève des écoles d'infirmières.

— A Lille, les assistantes médicales scolaires n'ont pas non plus de recrutement spécial. Elles sont au nombre de deux par circonscription, soit 12 en totalité.

Elles sont placées sous la direction et le contrôle du médecin-inspecteur de la circonscription à laquelle elles sont affectées. Quand elles se trouvent dans un local scolaire, elles sont, au point de vue discipline et organisation de leur travail, sous l'autorité immédiate du Directeur ou de la Directrice de l'école intéressée.

Voyons maintenant quelles sont leurs fonctions.

Durant la période scolaire, leur travail comporte d'abord le contrôle de la constitution et du développement physique des enfants fréquentant l'école.

Ce travail est effectué aux jours et heures d'ouverture des classes, en accord avec le Directeur ou la Directrice. Tout enfant malpropre ou présentant de la vermine est signalé par elles aux maîtres afin que les familles puissent utilement être averties. L'assistante scolaire relève également au cours de ses visites le nom des enfants qui lui paraissent malingres ou atteints d'une défectuosité physique. Elle décèle aussi les écoliers qui voient ou entendent mal. Au moyen d'une formule elle en avertit les familles qui pourront, si elles le veulent, se présenter à la consultation hebdomadaire.

L'assistante médicale scolaire tient à jour les dossiers sanitaires des écoles et ceux des enfants. C'est elle qui rédige sur la fiche médico-pédagogique le résultat des mesures anthropométriques, prises deux fois l'an, à savoir le poids, la taille, les périmètres thoraciques. Nous reproduisons ci-dessous la fiche médicopédagogique utilisée dans les écoles de Lille.

VILLE DE LILLE

Service Municipal de l'Inspection Médicale Scolaire

DOSSIER SANITAIRE INDIVIDUEL

A. - Fiche Médico-Pédagogique

(Application art. 24, 2e partie, du règlement)

Nom et Prénoms .....

Date de naissance .....

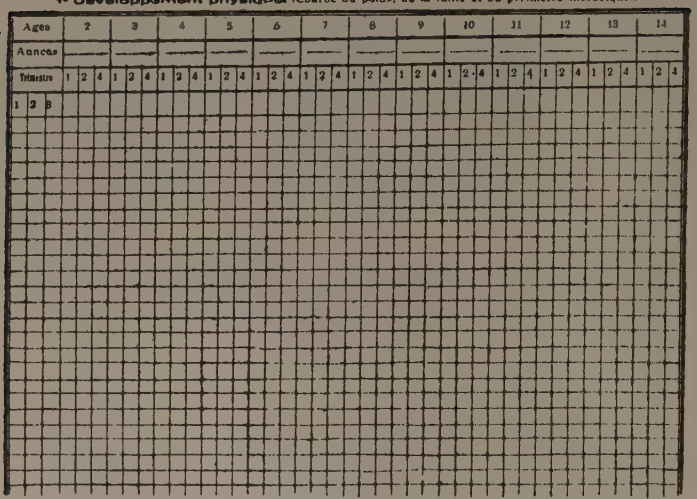
ANNÉES	DOMICILES SUCCESSIFS	ÉCOLES SUCCESSIVES

NOTA. — Cette fiche est conservée par le **Directeur de l'école** et ne doit être communiquée qu'à la famille de l'enfant, ou aux Services scolaires intéressés.

Lorsque l'enfant quitte l'école, la fiche est remise au Médecin Inspecteur, qui lui donnera toute destination utile. **En fin de scolarité elle est remise par le Médecin Inspecteur à la famille.**

AVIS IMPORTANT — Doit être signalé à sa famille tout enfant paraissant de santé insuffisante, et tout enfant presentant une anomalie de son développement physique ou intellectuel.

1° Développement physique. (Courbe du poids, de la taille et du périmètre thoracique).

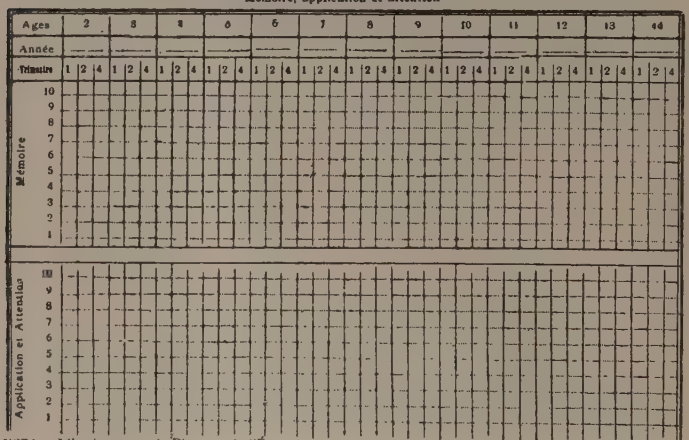


NOTA. — *L'Assistance Médicale* inscrira dans les colonnes *ad hoc* les chiffres correspondant aux quatre courbes à établir et ce à partir du point de départ qu'elle établira.

Colonne 1. — *Périmètre thoracique* en centimètres 2 courbes : P th sous l'aisselle en _____(bleu) _____
P th sous l'app. xyphoïde en _____(bleu)_____

Colonne 2. — *Taille* en centimètres en _____(noir). — Colonne 3. — *Poids* en kilogs en _____(rouge)

2° Développement intellectuel. Courbes permettant d'apprécier l'état intellectuel de l'enfant
Mémoire, application et attention



NOTA. - L'Instituteur (ou le Directeur de l'École) donnera chaque trimestre (1, 2 et 4) une note de 1 à 10 pour chacune des qualités ci-dessus ce qui permettra d'établir des courbes permettant d'apprécier les variations de l'état intellectuel de l'enfant.

Cette fiche est un véritable signalement anthropométrique. Une simple bascule, une toise et un centimètre souple sont les seuls instruments nécessaires.

La bascule est du modèle ordinaire. Il serait à souhaiter qu'elle enregistre automatiquement le poids. La toise est la toise ordinaire. Les assistantes scolaires opèrent de la façon suivante : le poids et la taille sont pris successivement chez le même enfant. Les élèves de la classe sont amenés dans la salle où vont se faire les opérations et placés par rangs de tailles. Cette façon évite les grands changements de poids et permet de gagner du temps. On fait déshabiller les enfants. Les garçons gardent leurs chaussettes, leur pantalon et leur chemise, les filles leurs bas, leur chemise et un jupon. L'enfant est placé les talons réunis, les genoux tendus, le corps droit et d'aplomb, les bras tombant le long du corps, le regard horizontal, le cou tendu mais sans raideur et le menton légèrement rentré dans le cou. Il est à noter que lorsque les élèves présentent de la cyphose, de la scoliose, ils ne touchent plus avec le derrière de la tête le montant vertical de la toise. Les assistantes scolaires le savent bien, n'insistent pas et notent cette particularité.

Les périmètres thoraciques qui sont pris sont le sous xyphoïdien et l'axillaire. Au cours des visites individuelles, bien souvent ces périmètres sont contrôlés par le médecin. Nous pensons qu'il y a ici une lacune importante à combler. C'est bien la recherche de l'amplitude respiratoire qui est négligée. Evidemment cette recherche est plutôt du ressort du médecin au cours de la visite individuelle. Pour ce faire il suffit de mesurer les périmètres abdominaux en expiration et en inspiration. Thooris, médecin militaire, a bien montré à

la suite de recherches sur les jeunes recrues que seules respirent bien les personnes qui dans l'inspiration rétractent fort leur paroi abdominale et d'après lui l'indice respiratoire serait donné par la différence entre les périmètres que nous venons de signaler : l'abdominal en expiration et l'abdominal en inspiration.

D'autres mensurations pourraient être prises : la taille de l'enfant assis, la mesure de divers segments, celle des diamètres du crâne et de la poitrine. L'on pourrait avantageusement rechercher la capacité spirométrique et la puissance musculaire, mais ces choses sont plutôt du domaine scientifique que pratique.. Malgré tout, des assistantes stylées pourraient dans certains cas faire ce travail.

La vision, l'audition, la dentition de l'enfant retiennent aussi leur attention, ainsi que les déformations du squelette. Mais c'est au médecin qu'il appartient de préciser l'acuité visuelle, auditive et d'étiqueter les déformations squelettiques.

L'infirmière scolaire intervient à domicile en vue d'aider au contrôle de la fréquentation scolaire. Toute absence de plus de cinq jours pour cause inconnue devra motiver sa visite au domicile de l'enfant. Le motif invoqué de l'absence est communiqué par elle au Directeur de l'école et, s'il s'agit de maladie, noté au dossier sanitaire individuel de l'enfant (partie observation médicale) avec ou sans diagnostic. Toute absence de plus de cinq jours motive l'envoi à la famille d'un avis l'informant que l'enfant ne sera réadmis en classe que sur présentation d'un certificat du médecin-traitant ou après examen par le médecin-inspecteur.

Formule III

SERVICE MUNICIPAL DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

ECOLE .....

Lille, le 192

AVIS AUX FAMILLES

Votre enfant .....
nous est signalé comme etant absent de l'école pour cause de maladie.

Nous vous informons qu'il ne pourra être réadmis à l'école qu'au vu d'un certificat médical attestant qu'il ne présente plus aucune contre-indication (tant pour lui-même que pour ses camarades) à la fréquentation scolaire ou après avis conforme du service de l'inspection médical scolaire.

Vu et pris note :

LE DIRECTEUR DE L'ECOLE, LE MÉDECIN-INSPECTEUR,

L'assistance médicale scolaire accompagne le médecin-inspecteur dans le contrôle des locaux, les visites collectives semestrielles. Elle est là également lors des consultations du jeudi. Elle assure enfin le service des bains-douches. Pour la 4e circonscription, ce service qui est au dispensaire de l'école Buffon est bien assuré.

Durant les périodes de vacance, le rôle des assistantes scolaires n'est pas terminé. Ces dernières sont à la disposition de l'administration municipale pour toutes fonctions se rapportant à leur service (garderies, bains-douches, etc...). Tous les quinze jours, elles établissent uni rapport résumant le travail effectué. Ce rapport qui parvient à la mairie par l'intermédiaire du médecin-inspecteur est ainsi conçu :

VILLE DE LILLE

INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

(application article 23 du règlement)

me Circonscription

ECOLE .....

Rapport de l'Assistance médicale scolaire : Mme .....

Quinzaine du ..... au .....

	Semaine du au						Semaine du au					
	L.	M.	M.	J.	V.	S.	L.	M.	M.	J.	V.	S.
I **Travail de Mensuration**												
a) Nombre d'enfants mensurés												
b) Sur ce nombre, combien signalés aux familles en vue d'un examen médical												
II **Visite à domicile**												
1° Nombre de visites pour rechercher les motifs d'absence à l'école												
2° Nombre de visites motivées par la transmission d'avis aux familles												
III **Service des Douches**												
Nombre d'enfants baignés ou douchés												

NOTA. — Au verso, indiquer tous renseignements utiles en vue de l'intervention éventuelle des divers services municipaux : assistance, hygiène, etc., auprès des familles des enfants.

Par l'étude de ces différents points, nous voyons que la tâche de l'assistante scolaire est complexe, que son rôle est grand, qu'elle peut apporter au médecin une aide sérieuse. Trait-d'union entre le médecin-inspecteur, les pédagogues et les familles, elle doit agir avec beaucoup de tact.

Elle doit par exemple se garder de s'immiscer dans l'intimité des foyers en vue d'enquêtes sanitaires ou sociales, n'étant ni enquêteuse pour œuvre d'assistance ni visiteuse d'hygiène sociale.

Nous avons dit précédemment que l'assistante médicale scolaire n'était pas diplômée. A notre sens il apparaît qu'il y a là une lacune. Il est vraisemblable que la tâche de l'infirmière scolaire serait plus facile, plus efficice si cette dernière avait suivi un enseignement d'hygiène et si elle avait accompli un stage hospitalier. M. le Docteur Ducamp, Directeur du Bureau d'Hygiène nous a certifié que certaines élèves de l'école d'infirmières feront un stage dans les circonscriptions pendant quelques temps pour s'initier à ce travail spécial.

Nous devons cependant reconnaître que les assistantes médicales scolaires de notre ville ont toujours fait preuve d'un grand dévoûment. Le rapport-statistique ci-dessous le prouvera suffisamment :

Récapitulation du travail des assistants scolaires par circonscription pour 1928-1929

	1re circ.	2e circ.	3e circ.	4e circ.	5e circ.	6e circ.	Total
	17 écoles	15 écoles	10 écoles	12 écoles	13 écoles	15 écoles	82 écoles
Nombre d'enfants inscrits dans les écoles	2073	2151	2167	2583	2756	2943	14673
I. Travail de mensuration :							
a) Nombre d'enfants mensurés	1719	533	1978	2544	2658	2889	12321
b) Sur ce nombre combien signalés aux familles pour examen médical	286	61	163	170	196	473	1349
II. Visites à domicile :							
1° Nombre de visites pour rechercher les motifs d'absence à l'école	4	11	247	130	535	41	968
2° Nombre de visites motivées par la transmission d'avis aux familles	60	46	50	149	320	292	917
Service des douches :							
Nombre d'enfants baignés ou douchés	1522	358	1731	998	2140	632	7381

La visite collective

A Lille, le médecin-inspecteur est tenu d'effectuer deux fois par an, dans chacune des écoles primaires de sa circonscription, deux séances de révision collective des enfants : l'une au cours de la 2e quinzaine suivant la rentrée des grandes vacances, l'autre au cours de la 1re quinzaine suivant la rentrée de Pâques. De plus les écoles maternelles sont l'objet d'une mesure spéciale. Elles sont visitées une fois par mois.

Dans cette visite il est aidé par les deux assistantes scolaires de sa circonscription qui prennent note de ses observations. Les directeurs ou directrices des écoles sont avertis pour que ce travail gêne le moins possible le programme pédagogique et ceci a son importance afin que la visite sanitaire soit plus facilement consentie par les maîtres.

La visite collective commence par l'observation des conditions hygiéniques de l'école. Toute remarque faite sur l'insalubrité des lieux est notée sur la feuille-observation que nous avons reproduite. Cette première partie du travail une fois faite le médecin-inspecteur dirige son attention vers les écoliers. C'est ici que ses connaissances de pédiâtrie sont les plus utiles. En effet il ne peut guère compter sur un interrogatoire de l'enfant. L'anamnèse est presque impossible. Il sera seulement un peu orienté par les remarques des maîtres

ou des assistantes scolaires. Ces données sont intéressantes mais forcément incomplètes. Il devra suppléer à cette difficulté par son flair clinique. Sa tâche est importante. Il doit pouvoir déceler toutes les tares organiques, les insuffisances, tous les troubles de l'enfant qui altèrent sa santé physique ou qui contribuent à retarder sa formation intellectuelle.

M. le Docteur Porez que nous avons accompagné durant ces visites, procède de la façon suivante :

Il s'informe auprès du maître des écoliers qui suivent mal l'enseignement parce qu'ils entendent mal ou qu'ils voient mal. Ces premiers renseignements lui permettent de dépister les myopes, les strabiques, les astigmates, les hypoacousiques. Puis il tourne son attention vers les adénoïdiens. Ceux-là sont légion et facilement reconnus grâce à leur faciès spécial : bouche ouverte, lèvre supérieure brève, racine du nez élargie, visage blafard, paupières parfois un peu œdématiées, adénopathie sous maxillaire. Ce sont les insuffisants respiratoires, les fatigués que les maîtres dénoncent comme retardataires. Tous ces enfants, qu'ils soient agités ou somnolents, sont incapables d'attention soutenue. Parmi les insuffisants respiratoires, citons aussi les prognathes supérieurs et inférieurs reconnaissables à l'avancée de leur arcade dentaire supérieure ou inférieure, à l'implantation vicieuse de leurs dents, à l'étroitesse de leur palais et de tout leur massif facial. Cette dernière catégorie d'enfants pourra, en particulier, tirer un profit considérable des avis du médecin-inspecteur. En effet, un appareillage spécial permettra d'agrandir progressivement leur voûte palatine et d'améliorer leurs fonctions respiratoires.

Y a-t-il des enfants qui répandent une odeur caractéristique ? les oreilles sont examinées.

Si l'examen montre un écoulement les enfants sont inscrits sur la liste de l'assistance scolaire.

Les enfants présentant des troubles endocriniens sont également signalés et beaucoup sont susceptibles de bénéficier d'un traitement opothérapique thyroïdien.

Les fatigués, les anémiques sont passés en revue, les déformations du squelette qu'il s'agisse de scoliose, de cyphose ou de rachitisme sont notées. La recherche des maladies parasitaires est systématiquement faite et nous citerons les impétigos, les blepharites, les teignes, les favus.

Nous avons remarqué que M. le Docteur Porez attachait une grosse importance aux remarques des maîtres sur les paresseux, les retardataires qu'ils soient apathiques et indifférents à la classe ou turbulents et aprosexiques, sur les tics, sur les enfants qui battent leurs camarades, les impulsifs. Nous avons constaté que ces derniers pouvaient quelquefois être considérés comme des épileptiques frustres.

Nous avons pu, avec M. le Dr Porez, observer quelques anormaux. Chez eux nous avons relevé un certain nombre de stigmates de dégénérescence. Mais nous avons essayé de réduire leur proportion en rattachant leur retard intellectuel et physique à des causes accessibles. Nous avons pu vérifier que nombre d'enfants étiquetés anormaux ne l'étaient que temporairement.

A ce sujet Dufestel les classe de la façon suivante :

1° Les faux arriérés ou arriérés pédagogiques à état mental bon. Ce sont ceux qui voient mal ou entendent mal, ceux qui sont victimes d'erreurs alimentaires, certains myxœdémateux.

2° Les arriérés psychiques vrais dont on peut mesurer la valeur psychique à l'aide de l'épreuve des tests de Binet et Simon consistant en trois épreuves (orthographe, calcul, lecture).

Nous voyons donc que le médecin-inspecteur ne doit pas être seulement un pédiâtre mais un psychiâtre et un psychologue. La visite collective joue par conséquent un grand rôle dans l'inspection médicale scolaire. Au cours d'elle, des enfants seront éliminés de l'école, d'autres seront signalés aux familles en vue d'une examen médical individuel.

Au cours de la première visite collective de l'année 1929-30, pour la 4e circonscription, 255 enfants furent réservés pour examens complémentaires. Seuls deux furent éliminés pour parasites et impétigo.

Voici la feuille de rapport de révision médicale collective :

VILLE DE LILLE

Service Municipal
de
L'Inspection Médicale Scolaire

NOTA. — Rapport à adresser à la Mairie (5e Direction) les 1er Novembre et 15 Mai de chaque année.

RAPPORT
DE
RÉVISION MÉDICALE COLLECTIVE

(Date) .....

Ecole : .....

Médecin-Inspecteur : .....

Nombre d'enfants inscrits à l'école à cette date .....

Nombre d'enfants présents .....

RÉSULTATS DE LA VISITE DE RÉVISION

1° Nombre d'éliminations de l'école .....

2° Motifs de ces éliminations :

.....

.....

.....

3° Nombre d'enfants signalés aux familles en vue d'un examen médical individuel .....

LE MÉDECIN-INSPECTEUR :

NOTA. — Les causes d'éliminations doivent être transcrites sur les dossiers sanitaires individuels des enfants (**Fiche d'observation médicale**).

La Visite individuelle

Là où le médecin-inspecteur fait vraiment œuvre médicale, où ses qualités cliniques doivent être mises à l'épreuve, c'est bien au cours de la visite individuelle. C'est croyons-nous à Lille, la partie la plus importante de l'inspection médicale scolaire.

Quels sont les enfants destinés à être examinés à cette visite et comment y sont-ils dirigés ?

A Lille, viendront à la visite médicale tous les élèves désignés au cours des visites collectives comme étant susceptibles d'être examinés. Mais comme ces dernières n'ont lieu que deux fois par an, de nombreux enfants dont l'état de santé laisse à désirer peuvent échapper l'observation médicale. Pour combler cette lacune les assistantes médicales scolaires, les instituteurs et institutrices pourront désigner au cours de l'année les enfants qui ne leur paraissent pas bien portants.

Aux parents de tous ces enfants, l'imprimé suivant est envoyé, signé par le médecin-inspecteur :

Formule IV

Lille, le ....

VILLE DE LILLE

Service Municipal
de
L'Inspection Médicale Scolaire

Ecole ....

AVIS AUX FAMILLES

Votre enfant .....

est signalé par le service de l'Inspection Médicale scolaire comme devant faire l'objet d'un examen médical détaillé.

Vous pouvez à cet effet le présenter à la consultation du Médecin Inspecteur de l'école, laquelle aura lieu le .....

.....(Indiquer le jour et l'heure)

à l'école..... (Indiquer l'école où aura lieu la consultation).

Vu :

LE DIRECTEUR DE L'ÉCOLE, LE MÉDECIN INSPECTEUR,

P.-S. — Il serait utile qu'une personne de la famille accompagne l'enfant afin de recevoir les indications que le Médecin-Inspecteur pourrait avoir à donner. **Prière de noter** qu'il est interdit aux Médecins-Inspecteurs de faire acte de médecin-traitant au cours de ces consultations.

Il faut reconnaître qu'à Lille les parents ne se désintéressent pas systématiquement de cet avis. La plupart se rendent alors à la visite du jeudi avec l'enfant désigné, visite qui a lieu en général vers 9 heures, une heure plus tardive pouvant gêner beaucoup les parents dans la préparation du diner. Inutile de dire que la présence des parents est presque indispensable.

Le médecin-inspecteur scolaire est aidé des deux assistantes médicales qui lui présentent pour chaque enfant la fiche médicopédagogique et la fiche médicale. Comme nous l'avons vu la fiche médicopédagogique doit être tenue à jour en grande partie par l'instituteur et l'assistante médicale scolaire.

Le médecin, en possession des courbes de poids, de la taille, aura ainsi une idée rapide de l'état de santé de l'enfant. Il pourra contrôler les périmètres thoraciques et y adjoindre l'indice respiratoire, la différence entre le périmètre abdominal en inspiration et en expiration. Il prendra note des observations de l'assistante médicale scolaire concernant la vision, l'audition, la dentition, les mauvaises attitudes prises par l'enfant, et de celles de l'instituteur concernant le développement intellectuel.

Puis, il procédera à un examen détaillé de l'enfant dont les résultats seront portés sur la fiche médicale dont voici l'imprimé :

VILLE DE LILLE

SERVICE MUNICIPAL DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

DOSSIER SANITAIRE INDIVIDUEL

B. — Observation Médicale

(Application art. 24, 2e partie, du règlement)

Nom et Prénoms .....

Date de naissance .....

Années	Domiciles successifs	Ecoles successives

NOTA. — Cette deuxième partie du dossier sanitaire individuel de l'enfant (observation médicale) **est le complément médical** de la fiche médico-pédagogique. Cette observation doit comprendre tous renseignements d'ordre médical et sanitaire intéressant l'enfant que le médecin croira susceptibles de l'éclairer lui-même à l'avenir ou d'éclairer son successeur éventuel sur les mesures à prendre, le cas échéant, pour protéger la santé de l'enfant conter les dangers inhérents à la fréquentation scolaire et à ses obligations.

Cette observation doit rester entre les mains du Médecin-Inspecteur.

Si l'enfant quitte l'école pour se rendre dans une autre école de la Ville, le Médecin-Inspecteur y joint la fiche médico-pédagogique que lui remettra le directeur de l'école et il adressera le tout au Médecin-Inspecteur de la nouvelle école de l'enfant. Après terminaison de la scolarite, le Médecin-Inspecteur fait remettre le tout à la famille de l'enfant.

Tout avis, envoyé aux familles par les Médecins-Inspecteurs, devra être consigné dans l'observation médicale. Si possible, le diagnostic sera précisé.

Suivent quelques pages blanches pour les détails de l'observation.

Comme le nombre des enfants à visiter le jeudi est parfois élevé, dans certains cas 20, il est nécessaire de limiter le champ des investigations du médecin scolaire. Il ne faut pas vouloir trop embrasser.

A Lille, dans la 4e circonscription, nous avons assisté à de nombreuses visites individuelles faites par M. le Dr Porez et nous rapportons sa méthode d'examen :

Cet examen porte surtout sur les points de la santé qui intéressent la vie de l'enfant à l'école, sur ceux qui peuvent le plus sûrement et le plus rapidement faire connaître si la croissance se fait d'une façon correcte.

Les données anthropométriques nous l'avons vu, sont précieuses. L'enfant dont la croissance est normale et dont l'accroissement en poids et en taille est régulier a bien des chances d'être bien portant. Malgré tout, l'état des organes n'est pas négligé ainsi que leur fonctionnement et l'examen est en quelque sorte anatomique et physiologique. Tous les organes n'ont du reste pas la même importance en ce qui concerne l'écolier. Bien souvent une insuffisance organique a été suspectée et a motivé la visite. S'agit-il d'un enfant qui louche, d'un enfant qui voit mal au tableau, qui présente de la céphalée le soir, qui n'entend pas bien, qui a constamment la bouche ouverte et qui s'enrhume facilement, s'agit-il d'un enfant dont les dents sont cariées et la nutrition défectueuse, d'un autre dont l'attitude est vicieuse, il est évident qu'à moins que les données anthropométriques et que l'inquiétude des parents porte sur un autre point, l'examen portera sur tout sur l'organe incriminé.

Mais de toute façon, à propos de chaque enfant, sur la fiche médicale seront portés les antécédents héréditaires et personnels du petit malade, l'époque à laquelle l'enfant a marché ; la période des premières dents, le genre d'alimentation ne seront pas négligés.

Le poids, la taille, l'indice respiratoire seront aussi portés sur la fiche B.

S'agit-il d'une insuffisance visuelle, l'examen de la vision a surtout pour but de déterminer le degré d'acuité visuelle. Cette mesure est faite au moyen de tableaux tels que les échelles de Fromaget et Ginestous de Bordeaux. Pour la mesurer l'enfant est placé à cinq mètres des tableaux dans une pièce bien éclairée. Tout enfant ayant une acuité normale doit lire la dernière ligne des échelles. S'il ne lit pas la dernière ligne, on lui fait lire les signes en commençant par le haut.

La diminution de l'acuité visuelle peut être due à une altération quelconque de l'œil : taie de la cornée, etc..., en général elle est la conséquence de la myopie. Pour savoir si la myopie est en cause, l'enfant est rapproché du tableau et au fur et à mesure qu'il se rapproche, il lit distinctement les caractères qu'il ne lisait pas à cinq mètres. On ne se sert pas au cours de la visite individuelle de verres correcteurs concaves pour le diagnostic de la myopie ni de verres convexes pour l'hypermétropie. Cette recherche serait trop longue et relève plutôt du spécialiste. Les deux yeux sont examinés séparément.

S'agit-il d'un enfant sourd ou d'un demi-sourd, l'examen de l'audition est rapidement fait par la recherche de l'audition à la voix chuchotée. Seront considérés comme insuffisants auditifs ceux qui n'entendent pas la voix chuchotée à 10 mètres. Mais cette

parole chuchotée peut varier avec les sujets et le meilleur acoumètre est encore la montre. Ces deux épreuves sont du reste utilisées à tour de rôle. Si la montre, cas assez habituel, est entendue par un sujet normal à 1 mètre, seront considérés comme anormaux ceux qui ne l'entendront qu'à moins de 75 $^{c}/_{m}$.

S'agit-il d'une déformation du squelette. Pour bien apprécier la déformation, l'on attend un certain temps car la première attitude prise par l'enfant est généralement une attitude de commande qui n'est pas une attitude naturelle. Mais au bout de quelque temps apparaîtra l'attitude de fatigue. Les courbures de la colonne vertébrale sont cherchées par l'inspection des apophyses épineuses mais également par la position des épaules.

Dans la 4e circonscription, pour bien apprécier la direction de la colonne vertébrale, le sommet des apophyses épineuses est marqué par des points au crayon de couleur mais parfois se contente-t-on de la raie vasomotrice tracée par le doigt sur la ligne de ces apophyses. La ligne inférieure des omoplates est indiquée par un trait à l'encre. Dans le cas où une épaule est plus élevée que l'autre, ce fait est rendu plus saillant. De cette façon il est possible de déterminer les scolioses totales avec courbures de compensation.

Du côté de la convexité de la courbure, le dos on le sait est plus saillant et fait une gibbosité. Pour bien mettre cette gibbosité en évidence, on recommande à une personne de se placer en avant de l'enfant, de l'obliger à se courber de façon à ce que le dos forme un plan horizontal et la gibbosité dorsale, à jour frisant, est très bien mise en évidence.

On ne mésestime pas non plus les services que peut rendre à l'examen, l'inspection des deux triangles de

taille formés d'une part par le bras pendant le long du corps, d'autre part par les deux lignes que forment le bord latéral du thorax et le bord latéral de la hanche et de la région iliaque qui viennent se joindre à angle obtus au niveau de la ceinture. Ce triangle de taille est généralement effacé du côté de la convexité de la courbure de la colonne vertébrale correspondant à la gibbosité dorsale. Au contraire du côté de la concavité, ce triangle est exagéré et la hanche paraît de ce côté plus saillante et plus élevée alors que l'épaule paraît abaissée. En avant on trouve souvent une gibbosité opposée à la gibbosité dorsale.

La cyphose est reconnue avec ses épaules saillantes en avant et l'espace inter-scapulaire apparamment élargi. Toutes ces déformations sont notées avec la flèche de courbure de la colonne vertébrale.

S'agit-il d'un adénoïdien, l'examen du faciès, de la gorge, la recherche du degré de la perméabilité narinaire avec les miroirs de Glaeser, des ganglions sous maxillaires et cervicaux sont envisagés.

S'agit-il d'un enfant qualifié nerveux, les antécédents personnels de l'enfant sont fouillés. L'interrogatoire porte surtout sur l'existence de convulsions, d'incontinence d'urine. Les stigmates de dégénérescence avec malformations crâniennes, adhérence du lobule de l'oreille, forme ogivale de la voûte palatine sont retenus.

Sont à déceler les anormaux, les arriérés, les épileptiques vrais ou frustes, les instables, les asthéniques. Pour eux l'examen complet du système nerveux est pratiqué. En particulier les réflexes sont interrogés.

S'il s'agit d'un enfant amené pour une affection du cuir chevelu, les diverses espèces d'alopécies sont diffé-

renciées : les alopécies cicatricielles qui s'observent après les impétigos, les pseudo pelades consécutives à la folliculite épilante, les alopécies en clairière dues à la kératose pilaire, les teignes avec leurs cheveux blanchis et cassés au ras du cuir chevelu, l'alopécie favique avec ses godets dorés caractéristiques.

Nous ne nous arrêterons pas à indiquer comment se pratique l'examen d'un enfant dont la santé générale est altérée sans qu'aucun organe ait pu attirer l'attention, nous n'indiquerons pas comment au bureau médical de l'école Buffon on dépiste une affection cardiaque, un trouble digestif, une altération rénale. Il n'y a là rien de particulier aux écoliers. Mais l'importance de la lutte actuelle contre la tuberculose à l'école, le sentiment que l'on peut faire beaucoup pour la préservation antituberculeuse en dépistant cette maladie à un moment où elle est encore curable, nous incitent à engager le médecin-inspecteur à ne pas négliger l'examen physique de la poitrine, à porter ses soins sur le dépistage de la tuberculose gangliopulmonaire.

Chez l'écolier, la tuberculose ouverte est exceptionnelle (1 cas pour 1000 environ). Au contraire la tuberculose fermée ou gangliopulmonaire comme l'a démontré le Professeur Grancher existe pour 14 % à 19 % chez les garçons, un peu plus chez les fillettes. Il est entendu qu'on ne fait pas rentrer dans ce cadre les adénopathies pures non bacillaires car le chiffre serait plus important.

Le diagnostic clinique de la tuberculose gangliopulmonaire se fait, en ce qui concerne l'adenopathie péritracheobronchique, sur les modifications de la respiration, sur l'expiration prolongée, les modifications de la voix haute et basse (signe de D'Espine). Elles

devront atteindre le niveau de la 3e ou 4e vertèbre dorsale pour avoir une valeur réelle.

Certaines modifications de l'inspiration (diminution) sont le plus souvent considérées comme fonctions de l'adénopathie. D'autres indiquent une altération du poumon : inspiration rude, saccadée ; dans les cas appartenant à la 2e et 3e étape de Grancher il y aura modification des vibrations, augmentation et élévation de la tonalité.

Nous tenons à rappeler les conseils du Professeur Grancher sur l'auscultation, auscultation pratiquée exclusivement sur l'inspiration en la comparant à des points symétriques, auscultation pratiquée d'une façon interrompue de façon à avoir l'impression auditive d'une seule inspiration.

L'examen clinique de la poitrine devra être complété par la recherche des ganglions axillaires et des diverses régions du cou. On peut établir trois groupes d'enfants:

1° les normaux ;

2° les enfants présentant des signes d'adénopathie trachéobronchique sans qu'on soit obligé de conclure que ce soit forcément de nature tuberculeuse ;

3° les enfants présentant des signes de tuberculose gangliopulmonaire aux 3 étapes de Grancher.

Cette distinction de l'adénopathie simple et de l'adénopathie bacillaire n'est pas toujours facile. Elle repose sur des signes pulmonaires surajoutés tels que ceux décrits plus haut, portant sur l'inspiration, les vibrations et la sonorité. L'état général, l'anémie doivent aussi être considérés. Il est évident que la cuti et l'intradermo-réaction pourraient, surtout chez les tout petits, donner des renseignements précieux.

Mais ces méthodes de laboratoire sont impossibles à

pratiquer à l'école. Nous déplorons par contre l'absence de contrôle radiologique. Si des doutes existent en ce qui concerne la contagion, le médecin-inspecteur peut conseiller l'examen des crachats, l'homogénéisation. Mais ceci rentre-t-il encore dans les attributions du médecin scolaire ? Que résulte-t-il en pratique de cet examen qui, chez un médecin averti, doit être rapide tout en étant suffisamment détaillé ?

Les résultats de l'examen, les symptômes cliniques observés sont notés sur la fiche B.

Mais les parents désirent, et c'est légitime, connaître les résultats de l'examen clinique et nous avons constamment entendu poser cette question : « Qu'avez-vous trouvé, Docteur ». C'est ici que le médecin doit user de beaucoup de tact et de diplomatie. Un diagnostic, il lui est impossible de le donner ; les règles sont formelles : il ne faut pas oublier que le médecin-inspecteur ne doit être surtout qu'un hygiéniste. Mais doit -il rester coi ou dire simplement: « Il m'est impossible de vous renseigner ». Les réponses dans le genre de celles-ci que nous avons entendues dans la 4e circonscription nous semblent susceptibles de contenter les parents sans nuire au médecin-traitant : « Votre enfant ne voit pas bien clair, ses maux de tête peuvent être imputables à cet état de chose ; faites-le voir à votre médecin ». — « Vous trouvez que votre enfant s'enrhume souvent, il semble bien que son arrière gorge soit en cause ; montrez-le donc à votre médecin en lui faisant part de mes impressions ». Il faut de cette façon montrer l'utilité de l'examen sinon les parents ne se gêneront pas pour ébruiter l'inutilité de la visite et l'incompétence du médecin qui la fait. Il est nécessaire croyons-nous de bien donner l'impres-

sion qu'on examine consciencieusement l'écolier et qu'on l'aiguille, en montrant l'intérêt de ces conseils, vers le spécialiste ou le médecin de famille. C'est alors que les formules suivantes sont délivrées aux parents. Si ceux-ci sont indigents les services des hôpitaux leur sont indiqués.

Formule I — Ville de Lille

SERVICE MUNICIPAL DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

Ecole .....

Lille, le 192

AVIS AUX FAMILLES

Votre enfant .....

semble être atteint d'une altération de (1) .....

.....

Cet état ne paraît pas actuellement incompatible avec la fréquentation scolaire.

Nous vous conseillons, néanmoins, en vue d'un traitement approprié, de soumettre cet enfant à l'examen de votre médecin ou d'un spécialiste compétent.

Vu :
Le Directeur de l'Ecole, — Le Médecin-Inspecteur.

(1) Indiquer simplement ici la fonction ou l'organe qui semble lésé.

S'il est constaté une affection incompatible avec la fréquentation scolaire l'enfant est éloigné de l'école et la famille est avisée par la formule suivante :

Formule II

SERVICE MUNICIPAL DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

ECOLE .....

Lille, le 192

AVIS AUX FAMILLES

Votre enfant .....
présente des symptômes d'une affection incompatibles (1) avec la fréquentation scolaire, et il est préférable que, momentanément, il soit éloigné de l'Ecole.

Nous vous conseillons de le faire examiner, le plus tôt possible, par votre médecin en vue du traitement à suivre et des mesures à prendre.

Cet enfant ne pourra être réadmis à l'école qu'au vu d'un certificat médical attestant qu'il ne présente plus aucune contre-indication (tant pour lui-même que pour ses camarades) à la fréquentation scolaire ou après avis conforme du service de l'inspection médicale scolaire.

Vu et pris note :
LE DIRECTEUR DE L'ECOLE, LE MÉDECIN-INSPECTEUR,

(1) Indiquer en nota le genre d'affection dont il s'agit (affection contagieuse, maladie aiguë, etc.) afin tout en ne donnant pas de diagnostic, d'attirer l'attention de la famille.

Si le médecin ne peut indiquer de diagnostic il peut encore moins établir de thérapeutique. Malgré tout, des conseils peuvent être donnés en ce qui concerne certains exercices et surtout des séances d'éducation physique dans les écoles susceptibles de tenir compte des conseils médicaux.

Ces exercices peuvent, dans certains cas exceptionnels, être rendus plus fréquents ; les heures d'enseignement peuvent être diminuées, certains ménagements sollicités de l'instituteur.

Des confrères vont-ils protester parce que certains enfants sont désignés pour la distribution d'huile de foie de morue ou de glycérophosphate de chaux ? Encore faut-il que cette distribution soit, en ce qui concerne l'huile de foie de morue, judicieuse car les inconvénients du côté du tube digestifs sont quelquefois plus grands que les avantages qu'on en peut retirer.

Ces conseils donnés pour les différents services scolaires sont notés dans la fiche A (4e page).

Au cours de la visite du jeudi, le médecin peut être sollicité à rédiger un certificat de réadmission à l'école après absence.

Parfois il a à donner son avis sur l'orientation professionnelle d'un enfant qui quitte l'école et il remplit la formule suivante :

Formule VI

Lille, le.....

VILLE DE LILLE

Service Municipal
de
L'Inspection Médicale Scolaire

ECOLE .....

AVIS AUX FAMILLES

Vous avez sollicité pour votre enfant..... l'avis du Service de l'Inspection médicale scolaire au sujet de **son aptitude éventuelle** à la profession de .....

De l'examen de son dossier sanitaire et de son état fonctionnel actuel, il ressort que votre enfant est :

(1) **Apte** (avec ou sans réserves)
Inapte

à l'exercice de cette profession.

SI RÉSERVES, indiquer ci-dessous les **contre-indications.**

.....

.....

SI INAPTE, indiquer ci-dessous les motifs de **l'inaptitude.**

.....

.....

Quoi qu'il en soit, avant d'engager votre enfant dans cette profession, vous auriez intérêt à demander conseil à **l'Office Municipal d'Orientation professionnelle.**

Vu :

LE DIRECTEUR DE L'ÉCOLE, LE MÉDECIN INSPECTEUR,

(1) Effacer les mentions qui ne conviennent pas.

Son rôle ici est des plus restreints car il existe à Lille un service spécial : l'office municipal de l'orientation professionnelle.

Quatre points importants doivent retenir son attention, au cours de cette visite du jeudi :

— l'envoi éventuel en écoles spéciales.

— l'envoi éventuel en sanatorium.

— l'envoi éventuel en préventorium.

— l'envoi éventuel en colonies de vacances.

A cause de leur importance nous leur réservons un chapitre, le suivant.

Nous voudrions qu'à la lecture du mode de fonctionnement de la visite du jeudi à Lille, on saisisse bien la nécessité d'une méthode d'examen simple qui, acquise, permettra un diagnostic rapide suffisamment précis.

L'intérêt que les enfants en retirent, bien qu'une thérapeutique ne soit pas instituée, nous semble considérable, à condition toutefois que les parents comprennent bien le rôle délicat du médecin-inspecteur scolaire.

Envoi en Sanatorium ou en Préventorium

Nous avons vu que le dépistage de la tuberculose chez l'enfant est considéré dans la 4e circonscription comme un point très délicat de l'inspection médicale scolaire. Celui de la prébacillose ne l'est pas moins. Un diagnostic précis est indispensable.

Si l'enfant est bacillaire, il y a lieu de l'écarter de l'école pour ne pas exposer les autres enfants à la contagion et à l'envoyer dans un établissement de cure tel que le sanatorium. On ne saurait entourer de trop de soins son examen. Aussi ne faut-il négliger aucun moyen de diagnostic ou de contrôle. D'ailleurs les établissements exigent actuellement des certificats détaillés avec vérification radioscopique et examens de crachats. On saisit le danger qu'il y aurait à envoyer dans un préventorium un enfant atteint de tuberculose ouverte.

Mais à Lille, nous le déplorons, l'examen complet ne peut être fait au bureau médical. L'enfant doit passer par l'Institut Pasteur pour l'examen de crachats et par le Dispensaire pour la radioscopie. Si un examen bactériologique n'a pas à être fait au bureau médical, il serait souhaitable que le malade soit examiné et radioscopé par le même médecin.

L'enfant est-il prébacillaire, il est envoyé dans un établissement de plein air, à la campagne de préfé-

rence. A Lille les enfants sont dirigés sur Trélon et Saint-Jans-Cappel.

Ne seront envoyés à la mer que ceux qui n'ont aucune épine irritative du côté des voies respiratoires supérieures, qui ne toussent pas. Les filles sont envoyées à Etaples, les garçons à Camier. Quant au sanatorium marin de Zuydcoote, il est réservé aux rachitiques et aux tuberculeux osseux.

Les familles sont averties des avis du médecin-inspecteur au moyen de la formule suivante :

Formule V

Lille, le .....

VILLE DE LILLE

Service Municipal
de
L'Inspection Médicale Scolaire

ECOLE .....

AVIS AUX FAMILLES

De l'examen pratiqué par le Médecin-Inspecteur de l'Ecole le ....., il résulte que votre enfant ..... est susceptible de bénéficier d'un séjour dans un établissement spécial (école de plein air, école de perfectionnement, préventorium, sanatorium, etc.).

Dans le cas où vous seriez décidé à suivre les suggestions du Médecin-Inspecteur, veuillez vous présenter avec votre enfant à la consultation de ce médecin le .....
Ecole ..... afin que le nécessaire soit fait à ce effet.

Vu ;

LE DIRECTEUR DE L'ÉCOLE, LE MÉDECIN INSPECTEUR,

La mairie, en possession de l'autorisation du chef de famille, du certificat médical et de pièces administratives, se charge de diriger le malade vers l'endroit désigné. Les assistantes scolaires assurent souvent la liaison entre la mairie et les familles. Malheureusement les lenteurs administratives retardent souvent l'envoi des écoliers proposés.

COLONIES SCOLAIRES DE VACANCES

La municipalité de Lille a organisé des colonies scolaires de vacances à la campagne (Wormhoudt, Trélon, Camier) et à la mer (Zuydcoote). Leur développement régulier et leur fonctionnement méthodique justifient toute l'attention assidue et le concours persévérant que la ville n'a cessé de donner à cette œuvre d'une haute portée sociale. C'est ainsi qu'à partir de l'âge de 8 ans, on envoie des enfants qui, sans être des malades à proprement parler, se trouvent dans un état d'infériorité physique confinant à la morbidité, état si commun dans les grandes villes. Aucune idée de sanction n'intervient comme facteur de désignation des enfants : la colonie n'est pas synonyme de récompense. L'assiduité et le travail des écoliers ne doivent pas déterminer le choix des sujets qui bénéficieront du séjour à la colonie. Tout au contraire, les absences fréquentes à l'école motivées par la maladie et qui sont l'indication d'une santé médiocre, constituent une preuve du bien-fondé de l'envoi en colonies.

Il faut aussi retenir les enfants qui sont particulièrement éprouvés par des conditions sociales défectueuses dans lesquelles ils se trouvent ou qui appartiennent à des familles dont les tares physiques peuvent donner des craintes pour l'avenir de l'enfant.

M. le Dr Porez, à ce sujet, a été souvent frappé de l'attention et du soin tout à fait remarquables que certains instituteurs ou institutrices apportaient à la sélection des enfants qui leur sont confiés. Les enfants sont désignés souvent avec un doigté dont la précision se trouve presque toujours confirmée par l'examen médical. C'est ainsi que fin juin et début de juillet les enfants se présentent le jeudi au médecin qui est chargé de leur examen et de leur répartition sur la colonie marine ou la colonie rurale.

En règle générale, ne sont confiés aux colonies fériales, que les enfants qui ne souffrent pas de maladies du corps apparentes ou de défauts psychiques, qui ne viennent pas de lieux infectés ou de familles atteintes de maladies infectieuses, qui ne sont pas moralement corrompus, qui ne nécessitent pas de soins continuels du médecin ou des soins particuliers d'un infirmier, qui ne souffrent que d'un affaiblissement général du développement corporel, d'un affaiblissement des organes du corps et qui, dans un temps relativement court, peuvent se rétablir de corps et d'esprit et se fortifier.

Sont envoyés de préférence les enfants de constitution délicate, faibles et épuisés, les enfants mal nourris et anémiques, les convalescents qui ne menacent plus leur entourage d'une maladie infectieuse.

ECOLES DE PLEIN AIR

Enfin certains enfants étiolés sont justiciables d'une cure d'air.

Il en est de chétifs et de souffreteux, d'anémiés, de scrofuleux et même de prébacillaires pour lesquels la formule de Grancher doit trouver son application :

« Double ration d'air, double ration de nourriture, demi-ration de travail ».

C'est dans une école où on ne perdrait pas de vue ces trois desiderata, qu'on l'appelle l'école-sanatorium comme Grancher ou mieux l'école de pelin air, que ces enfants devraient passer leurs journées. Elle n'existe pas à Lille et cette lacune sera bientôt comblée : on en bâtit une actuellement porte de Douai.

ECOLES D'ANORMAUX

Mais il est aussi des enfants n'ayant pas une intelligence normale, pouvant être considérés comme des arriérés psychiques, qui ne sauraient trouver place dans une école d'enfants normaux. Ils sont justiciables d'écoles spéciales appelées écoles d'anormaux, à vrai dire peu nombreuses en France. A Lille, il n'existe pas d'école de ce genre. Les enfants sont dirigés sur Dijon.

Peut-on considérer comme anormaux psychiques ces enfants dont le développement intellectuel a été entravé par des circonstances fortuites comme les maladies, les absences, le changement fréquent d'école et autres causes pareilles ? Non, il est évident que ces élèves, quand la cause de leur retard accidentel aura été supprimée, atteindront tôt ou tard, aussi bien que les autres, le degré de développement considéré comme normal.

Nous considérons qu'il y a deux groupes d'arriérés psychiques :

1° Les enfants dont les défauts psychiques (aberration des facultés perceptives des idées, des notions de l'association, de la reproduction des sentiments de l'expression et de la volonté) sont de telle nature qu'il

leur est impossible de s'approprier la matière d'enseignement ordinaire d'une école primaire et qu'il leur faut, quand ils y sont admis, plus du double du temps qui suffit à un élève normal pour pouvoir passer dans une classe suivante.

D'autre part cependant il faut que, grâce à une bonne direction, dans un établissement organisé dans ce but, ils puissent être suffisamment développés pour être à même d'apprendre un métier qui leur permette de subvenir eux-mêmes à leur entretien.

2° Le second groupe des anormaux psychiques est composé du groupe des arriérés graves nommés parfois imbéciles. Ce sont des enfants qui, tout en étant susceptibles de quelque développement intellectuel, sont incapables d'atteindre ainsi que les enfants arriérés de la première catégorie, un tel degré d'intelligence qu'ils puissent conquérir une place dans la société. Ils forment donc un chaînon intermédiaire entre les arriérés et les idiots. Ils montrent les mêmes aberrations que les arriérés mais sous une forme beaucoup plus prononcée, de sorte que leur développement intellectuel est plus sérieusement empêché que celui des arriérés.

La différence entre les deux groupes nommés ci-dessus n'est qu'une différence de degré, de sorte qu'une école du même genre peut convenir à l'un et à l'autre groupe.

Nous pouvons nous rendre compte par la lecture du mode de fonctionnement de la visite individuelle que la tâche du médecin-inspecteur y est plus complexe qu'on ne serait tenté de le croire et nécessite réellement des qualités cliniques et des aptitudes spéciales. Chacune de ces consultations hebdomadairee fait l'objet d'un rapport dit « Rapport d'examen indi-

viduel des enfants », lequel est adressé à la Mairie (5e Direction).

VILLE DE LILLE

SERVICE MUNICIPAL DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

EXAMENS INDIVIDUELS

Circonscription Scolaire. — Service du Docteur .....

Consultation du .....

a) **Nombre d'enfants présentés**

1° Présentés pour examen sanitaire.
2° Enfants sollicitant après absence leur réadmission à l'école.
3° Présentés pour examen de l'aptitude professionnelle.
4° Présentés pour vaccination ou revaccination .
5° Présentés en vue de leur admission dans les écoles maternelles.

b) **Mesures prises**

1° Nombre d'avis envoyés aux familles en vue d'un traitement approprié. (Formule I).

2° Nombre d'avis envoyés aux familles relatifs à l'aptitude professionnelle (Formule VI).

3° Nombre d'éliminations de l'école ou de refus d'admission (Formule II).

4° Nombre d'avis donnés pour les différents services scolaires :
Education physique.
Enseignement.
Distribution d'huile de foie de morue ou de glycérophosphate de chaux.
Envoi éventuel en colonie de vacances.

5° Propositions pour : (Formule V).

a) Envoi éventuel en préventorium ..... { Mer. / Campagne.

b) Envoi éventuel en écoles spéciales .. { Ecole en plein air. / Ecole de perfectionnement (arriérés intellectuels). / Ecole pour anormaux sensoriels (vision, audition, etc.).

LE MÉDECIN-INSPECTEUR :

Rapport statistique sur le fonctionnement du service de l'année 1928-29

	1 Circ.	2 Circ.	3 Circ.	4 Circ.	5 Circ.	6 Circ.	TOTAL
A. Nombre d'enfants présentés							
1° Présentés pour examens sanitaires	319	320	264	456	492	489	2.340
2° Enfants sollicitant après absence leur réadmission à l'école	8	3	2	2	68	17	100
3° Présentés pour examen de l'aptitude professionnelle	—	—	1	—	23	3	28
4° Présentés pour vaccination et revaccination	—	—	—	—	—	—	—
5° Présentés en vue de leur admission dans les écoles maternelles	—	—	—	—	—	24	24
B. Mesures prises							
1° Nombre et avis envoyés aux familles en vue d'un traitement approprié (F. I)	62	24	48	59	84	98	375
2° Nombre d'avis envoyés aux familles relatifs à l'aptitude professionnelle (F. VI)	—	—	2	1	6	1	10
3° Nombre d'élimination de l'école ou de refus d'admission (F. II)	—	7	—	16	8	2	33
4° Nombre d'avis donnés pour les différents services scolaires :							
Education physique	—	—	1	—	2	—	3
Enseignement	—	—	—	—	—	—	—
Distribution d'huile de foie de morue et glycérophosphate de chaux	117	54	78	288	186	297	1.020
Envoi éventuel en colonie de vacances	56	22	203	98	179	122	680
5° Propositions pour (F. V)							
a) Envoi éventuel en préventorium — Mer	8	3	5	8	34	43	101
a) Envoi éventuel en préventorium — Campagne	6	14	11	19	84	107	241
b) Envoi éventuel en école spéciale — Ecole de plein air	—	—	—	—	—	—	—
b) Envoi éventuel en école spéciale — Ecole de perfectionnement (Arriérés intellectuels)	1	—	—	—	—	—	—
b) Envoi éventuel en école spéciale — Ecole pour anormaux sensoriels (Vision, Audition)	1	—	—	—	—	—	—

Nous tenons à noter que dans cet imprimé, au paragraphe « nombre d'enfants présentés », il est fait mention d'enfants présentés pour vaccination et en vue de leur admission dans les écoles maternelles. Le médecin-inspecteur à Lille ne procède pas à la vaccination anti-variolique, d'autre part il n'a plus à délivrer de certificats d'admission dans les écoles maternelles.

Relations du médecin-inspecteur avec le Bureau d'hygiène de la Ville, les Maîtres d'écoles, les Parents et les Médecins de familles

L'inspection médicale scolaire à Lille dépend, nous l'avons vu, du Bureau d'Hygiène. Ce dernier en assure la direction et prend toutes les initiatives en s'inspirant des suggestions de l'adjoint préposé à ce service, actuellement à Lille, M. le Docteur Arquembourg, ex-interne des hôpitaux.

S'il s'agissait du licenciement éventuel d'une classe, cette mesure ne pourrait être décidée que par le préfet.

La marche du fonctionnement de l'inspection médicale telle que nous l'avons décrite est, pour ainsi dire, codifiée par des règlements appliqués automatiquement. S'agit-il de prophylaxie, de désinfection d'école, la direction du Bureau d'Hygiène s'en charge. Le médecin est avisé par ce Bureau de tous les cas de maladies contagieuses survenus dans sa circonscription. Ces cas ont été notifiés à la Mairie, soit par le médecin-traitant, soit par le directeur de l'école. Dans les cas douteux, en cas de suspicion de maladies transmissibles, le médecin-inspecteur pourrait avoir à donner son avis. Mais l'autorité du médecin-traitant dans cette circonstance n'est-elle pas suffisante ?

Par contre si une épidémie semblait prendre de l'extension, des mesures pourraient être envisagées de concert avec le Bureau d'hygiène. Il est évident que la municipalité tient compte avant tout des décisions du médecin-inspecteur scolaire en ce qui concerne l'élimination d'un enfant.

Les rapports des visites collectives, des visites individuelles, parviennent à la direction d'hygiène. Le travail est pour ainsi dire contrôlé. Nous disons contrôlé ; ce terme, s'il est exact en théorie, ne l'est pas en pratique, car les relations qui existent entre l'adjoint préposé à l'hygiène M. le Docteur Arquembourg, le Directeur du Bureau d'Hygiène : M. le Docteur Ducamp et les médecins-inspecteurs scolaires sont des plus confraternelles. Les médecins-inspecteurs, se rendant compte de la nécessité d'un travail consciencieux, ont la confiance des services dont ils dépendent.

Dernièrement les Docteurs Arquembourg et Ducamp ont rassemblé tous les médecins-inspecteurs et les ont questionnés sur la marche de leur travail et sur leurs desiderata. Ces réunions où l'on cause amicalement et où l'on apprend à s'intéresser et à mieux connaître son service, pourraient être plus fréquentes. Tout le monde n'aurait qu'à s'en louer. En tout cas cette initiative est très heureuse.

***

La collaboration du médecin-inspecteur et du maître est indispensable. Cela se comprend aisément. L'instituteur pourra signaler l'enfant qui lui paraît suspect de maladie transmissible, se mettre en rapport avec le médecin scolaire. Mais s'il fallait se borner à ne voir dans l'hygiène scolaire que le dépistage des maladies

contagieuses, la collaboration du médecin et du maître serait très réduite. Si l'on veut que la croissance de l'enfant s'effectue normalement sans encombre, si l'on veut faire disparaître toutes les imperfections et les insuffisances physiques, personne n'est plus qualifié que le maître pour rendre compte au médecin de ses observations.

Les rapports des maîtres avec les médecins doivent être assez fréquents lorsqu'il s'agit de régler l'éducation physique des enfants. C'est la méthode suédoise de Ling qui est actuellement en faveur en France. Mal comprise, elle est souvent fort mal ou incomplètement appliquée. Il est nécessaire que le médecin intervienne et donne tout au moins son avis. Il doit le faire en agissant sur le moniteur d'éducation physique par l'intermédiaire des maîtres. A ces derniers, il pourra conseiller de faire pratiquer aux élèves des exercices de gymnastique respiratoire afin d'améliorer la fonction respiratoire si importante à cette période de la vie. Il pourra, au moniteur d'éducation physique, désigner les exercices spéciaux qui conviennent et prohiber ceux qu'il faut interdire à l'ensemble des élèves ou à quelques-uns d'entre eux.

Le contact permanent du maître avec l'écolier permet à ce dernier d'être constamment tenu en observation.

Le maître pourra faire des remarques utiles : tel enfant voit difficilement les caractères inscrits au tableau, se rapproche du livre, tel autre entend difficilement. Il poura constater vers la fin de la journée, à l'occasion de la fatigue surtout, les mauvaises attitudes de l'enfant. Les turbulents, les mous, les nonchalants ne lui échapperont pas.

Et il est une catégorie d'enfants qualifiés paresseux qu'il connaîtra bien. N'aura-t-il pas à les signaler au médecin scolaire ? Ne sait-on pas que la paresse a souvent à son origine un trouble physiologique, une déficience organique qu'il s'agit de déceler, et que tel paresseux atteint surtout d'aprosexie, guérira par l'ablation de végétations adénoïdes par exemple ? Cette aprosexie, si importante à connaître, et qui existe en particulier dans l'adénoïdisme, sera surtout connue de l'instituteur. Aussi l'on voit que le champ d'action confié au maître s'élargit si l'on n'envisage pas seulement la personne physique mais la personne psychique, son développement intellectuel, ses dispositions, ses aptitudes. Il ne s'agit pas pour le médecin ou pour le maître de suivre passivement les conseils de l'un ou de l'autre. Le médecin doit conserver sa liberté d'action en tant qu'hygiéniste, limiter son intervention à toutes les questions relatives à son art et ne tenter aucune incursion dans la pédagogie pure et dans l'enseignement qui reste le domaine du maître. C'est une condition nécessaire pour que les relations du médecin et de l'instituteur soient empreintes de cordialité. Il faut de la part de l'inspecteur beaucoup de tact et de délicatesse. Il faut qu'il sache à l'occasion flatter l'amour-propre du maître. Mais celui-ci doit pouvoir comprendre l'intérêt de cette collaboration nécessaire et s'y intéresser. S'il est intelligent et dévoué, il ne se rebutera pas et s'y adonnera volontiers.

Dans la 4e circonscription, au cours des visites collectives que nous avons vu pratiquer par le Docteur Porez, nous avons constaté l'existence effective de cette collaboration et la bonne volonté que prenaient la plupart des instituteurs et institutrices à renseigner et à

faire part de leurs remarques sur l'état physique et psychique des enfants.

Ainsi nous avons pu remarquer que de bonne grâce, ils désignaient les enfants paresseux qui intéressent tout particulièrement M. le Dr Porez. D'autres, il faut bien l'avouer, et ce sont toujours les mêmes, n'ont jamais aucun malade justiciable d'un examen quelconque. Pour eux, tous les enfants travaillent également. Sont-ils dépourvus d'esprit d'observation, ont-ils peur d'une influence prépondérante du médecin dans l'enseignement ou considèrent-ils la paresse comme exclusivement un vice ? Somme toute ils ne sont que l'infime minorité et en général, de cette collaboration toute amicale ressort un bien considérable pour l'écolier.

Il est un point important et délicat que ne doit pas négliger le médecin-inspecteur scolaire : c'est le dépistage d'une affection contagieuse dans le personnel enseignant.

L'examen médical du maître ne rentre pas dans ses attributions ; par contre s'il soupçonne chez un membre du personnel enseignant une affection susceptible d'être contagieuse, il en avertit par note confidentielle le Directeur du Bureau d'Hygiène qui prend ensuite toute mesure utile. Il faut dans ce cas beaucoup de discrétion de la part du médecin. De leur côté les maîtres n'ont pas à être vexés d'être l'objet de l'observation attentive du médecin qui doit, avant tout, protéger la santé collective des enfants.

***

Les relations du médecin et des parents sont des plus restreintes. Il est fâcheux que la plupart des

mesures hygiéniques collectives ou individuelles soient mises en échec soit par l'ignorance, soit par le mauvais vouloir des parents. L'éducation de la masse n'est pas faite comme au Danemark où une discipline telle existe qu'aussitôt un cas de maladie survenue dans une famille, l'école, le bureau d'hygiène sont prévenus par les parents. En France, il faut bien le dire, beaucoup de parents cherchent à se soustraire à ces obligations morales, à dissimuler la nature de la maladie chez l'enfant. Il est évident que l'éducation des familles dans certains cas aurait à être faite car le Français, esprit frondeur, n'admet pas facilement la contrainte. Aussi l'idée de sanction doit-elle être rejetée.

Le médecin-inspecteur de l'école a-t-il à contrôler ou à faire contrôler à domicile en cas de suspicion de maladie contagieuse ? Non, tout s'oppose à cette inquisition domiciliaire qui serait vue avec défiance par la famille et par le médecin-traitant, d'où l'occasion de conflits professionnels. En principe l'action du médecin doit s'exercer dans l'école et non pas au dehors.

Le médecin-inspecteur aura l'occasion de voir les parents lors des visites individuelles. Comme nous l'avons vu, il pourra questionner discrètement évidemment sur les antécédents héréditaires de l'enfant. Toute question concernant la santé de l'enfant pourra être posée. L'inspecteur, dans les limites de ses attributions, renseignera comme nous l'avons vu d'une façon vague, sans diagnostic, les parents qui désirent des renseignements. Il n'aura pas à s'immiscer dans les fonctions du médecin-traitant dont la façon de faire n'aura pas à être le moins du monde critiquée.

Le médecin-inspecteur tâchera de faire comprendre

l'intérêt d'aiguiller en temps voulu un enfant vers le médecin-traitant ou le spécialiste ; il aura à cœur simplement de donner des conseils susceptibles d'être suivis.

De cette façon, les relations entre le médecin-inspecteur de l'école et le médecin-traitant ne peuvent être que cordiales, chacun restant dans son rôle. Mais il ne faut pas pousser trop loin le scrupule et il faut bien si l'on admet la nécessité d'une inspection médicale scolaire, que le médecin-traitant n'ait pas à se regimber contre des suggestions vagues qui peuvent avoir été portées par le médecin-inspecetur scolaire.

Nous prenons un exemple : Le médecin-traitant doit-il être vexé quand, dans son cabinet, la maman d'un enfant vient lui dire ceci : « Mon enfant a été examiné à la consultation médicale scolaire. Il s'enrhume facilement, respire difficilement, travaille mal ; le médecin scolaire pense que l'arrière-gorge peut être intéressée, qu'en pensez-vous ? » A la vérité il n'y a pas lieu d'être vexé mais nous pensons que l'on pourrait éviter cette façon de faire et qu'une amélioration pourrait être apportée.

Nous en reparlerons ultérieurement. Ce serait les échanges directs d'impressions de médecin à médecin.

Il va de soi que le médecin-traitant, en présence d'un cas de maladie contagieuse chez un écolier, doit tenir à collaborer avec le médecin scolaire à la prophylaxie de l'école en adressant à la mairie un certificat sincère. Nous ne doutons d'ailleurs pas de cette sincerité en toute circonstance malgré les difficultés que l'on peut rencontrer dans une famille.

En résumé que doivent être les rapports de ces divers éléments : médecin-inspecteur, médecin-traitant

et maître ? Ceux de collaborateurs qui cherchent avant tout à réaliser l'éducation intégrale de l'enfant au point de vue intellectuel et physique, tâche qui doit leur être facilitée par l'intervention intelligente et dévouée des familles.

LE MÉDECIN-INSPECTEUR SCOLAIRE

Ses connaissances — Son recrutement — Ses honoraires

L'on se rend aisément compte par la description du fonctionnement de l'inspection médicale à Lille que les connaissances du médecin chargé de l'assurer, doivent être très étendues. De solides notions de médecine générale et de sémeiologie lui sont indispensables pour pouvoir établir d'une façon précise la fiche médicale et pour examiner tous les appareils. Il doit pouvoir justifier de stages sérieux dans les services de chirurgie et d'orthopédie, ne serait-ce que pour dépister en particulier hernies, scolioses, rachitisme, ostéo-arthrites, adénites. Il doit avoir des notions concernant toutes les spécialités y compris la médecine mentale. La connaissance de la psychiâtrie ne lui permettra-t-elle pas de déceler les anormaux psychiques et de distinguer en particulier les paresseux par maladie des paresseux par vice ? Des notions générales d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie lui permettront d'aiguiller les malades vers les spécialistes compétents.

Ce qu'il doit être avant tout, c'est un pédiâtre et un hygiéniste. Ne doit-il pas connaître tout ce qui concerne l'alimentation et la croissance de l'enfant, sa physiologie, sa pathologie propre ? En particulier dans les écoles maternelles, n'est-il pas appelé à pratiquer une hygiène et une médecine toutes particulières ? N'ob-

serve-t-il pas des organismes en voie de croissance ? Ne s'agit-il pas là de puériculture du second âge ? Toutes les fièvres éruptives avec leurs caractères distinctifs doivent lui être familières ; l'incontinence d'urine, la chorée, les tics, etc... ne sont bien étudiés que dans les services d'enfants. Il peut avoir à les reconnaître. Rien de plus logique pour soigner des enfants que de connaître la pathologie infantile. Il est vrai que le médecin sera plutôt appelé à constater des troubles dans le fonctionnement des organes ou des troubles de la croissance, que des affections véritables et un seul stage dans des services d'hôpitaux d'enfants peut ne pas le préparer suffisamment. Aussi faut-il en plus une habitude et une pratique médicale qui l'aura mis en contact avec ces difficultés de tous les jours. Entendons-nous, à l'hôpital on ne verra pas ou très peu les enfants qui « ne poussent pas » pour employer une expression commune, qui changent de caractère, qui deviennent inquiets, qui ne travaillent pas en classe. On ne s'attardera pas aux enfants qui grandissent beaucoup, qui ne se développent pas suffisamment, qui ont des troubles sérieux du psychisme, de la céphalée le soir.

Mais le médecin des écoles doit être essentiellement un hygiéniste. L'on dira que tout médecin est sensé savoir un peu d'hygiène théorique tout au moins. Mais l'hygiéniste vraiment digne de ce nom ne devrait-il pas avoir fait des études sérieuses de laboratoire, des visites dans les collectivités telles que les groupements scolaires ? Ainsi à Lyon il existe un certificat d'études d'hygiène. De même, en Hongrie et en Italie, les médecins scolaires doivent être munis de brevets spéciaux.

Le médecin scolaire ne devrait-il pas pouvoir dans

certains cas, étant propagateur d'hygiène sociale, mesurer scientifiquement, déterminer exactement où commence le surmenage intellectuel, jusqu'à quel degré peut être poussé l'exercice physique, combien d'heures de récréation sont nécessaires ? Bref, ne devrait-il pas être un peu pédagogue, par la connaissance de la mentalité enfantine psychologue ?

En pratique faut-il exiger du médecin-inspecteur scolaire qu'il soit compétent dans toutes les branches de la médecine ? C'est, à notre sens, exagéré. Nous estimons qu'un bon praticien qui a fait des études cliniques sérieuses, ou qui a déjà une pratique approfondie de la clientèle, peut assurer ce service dans les meilleures conditions. Faut-il refuser le médecin nouveau promu qui dispose en ville de plus de temps, que les traitements fixes intéressent ? Nous ne le pensons pas si ce confrère peut faire valoir des titres et un stage de plusieurs années comme interne dans les hôpitaux par exemple.

Evidemment on doit pouvoir exiger du médecin-inspecteur scolaire de la compétence, compétence prouvée par des titres ou par une expérience pratique médicale. En résumé le médecin scolaire doit être un bon médecin. Mais il faut qu'à cette compétence, s'ajoutent de la conscience professionnelle et un certain sens de la psychologie aussi bien de l'enfant que de l'instituteur et des parents.

Des notions de pédagogie et de méthodologie lui seraient fort utiles dans l'exercice de ses fonctions. Il ne peut les acquérir qu'au cours de conversations avec le personnel enseignant et à la suite d'observations qu'il est appelé à faire chaque jour. Enfin le médecin scolaire doit s'intéresser à son rôle et chercher à amé-

liorer son rendement. Ce n'est qu'après plusieurs années qu'il pourra être considéré comme réellement au courant de ses fonctions. Aussi estimons-nous illogique s'il n'y a pas de raison majeures, le remplacement des médecins-inspecteurs.

Il serait fortement question de faire du médecin-inspecteur scolaire un fonctionnaire nommé au concours. C'est d'ailleurs ce qui existe à Paris et à Lyon. Le concours, dont le programme est assez étendu, a du bon car il oblige le concurrent à s'assimiler les connaissances qui lui sont indispensables ultérieurement et qu'il sera à même d'appliquer tous les jours. En l'absence de concours, la nomination pourrait se faire à la suite des épreuves de titres, la pratique de la profession médicale pouvant entrer en ligne de compte dans l'exposé de titres.

A Lille, l'inspection scolaire étant municipale, les médecins sont nommés par le maire, sans concours et sans épreuve de titres. Les médecins, sauf un, assurent ce service depuis six ans environ. Serait-il préférable qu'ils soient fonctionnaires ? Nous ne le pensons pas. De toute façon, ou le médecin actuel non fonctionnaire est consciencieux ou ne l'est pas. S'il l'est, nous ne voyons pas l'avantage qu'il y aurait, comme fonctionnaire, à assurer ce service exclusivement. D'autre part nous croyons que le médecin praticien, habitué à voir et à soigner de nombreux malades, en contact avec des clients, est plus à même de faire œuvre médicale. Ayant peut-être dans ses attributions, toutes les circonscriptions de Lille, disposerait-il de plus de temps ?

Cette question de préparation et de choix du médecin scolaire réglée, celle des honoraires ne nous paraît

pas moins importante car si l'on veut avoir des médecins-inspecteurs scolaires compétents et dévoués, il est nécessaire de les rétribuer suffisamment. Tout est là. Du système très économique en apparence qui consisterait à charger gratuitement un praticien de l'inspection scolaire, il n'en est pas question. L'expérience en a montré tous les inconvénients. A Paderborn, les médecins des pauvres s'étant offerts de faire le service, y ont renoncé au bout d'un an. Chez nous, au lendemain de la loi Guizot, les fonctions nouvelles d'inspection méidcale scolaire étaient gratuites. Le service ne fut jamais organisé sérieusement.

Ces exemples prouvent que le médecin scolaire ne doit pas être un médecin au rabais. En matière d'hygiène, il ne faut pas oublier que les dépenses sont productives et il ne faut pas s'arrêter en route pour raison d'économies.

A Lille, il est indispensable d'allouer au médecin scolaire, des honoraires en rapport avec les services rendus. Ces honoraires ne sont pas suffisants. En effet, le projet de loi sur l'organisation obligatoire de l'inspection des écoles déposé devant le Parlement, a prévu pour satisfaire aux besoins de ce service, une dépense annuelle calculée au prix de deux francs par an et par élève. Ne pouvait-on s'inspirer de ce chiffre pour la rétribution du médecin-inspecteur scolaire ?

Le traitement actuel des médecins scolaires à Lille est de 2.000 francs pour les récemment nommés et de 2.400 francs après trois ans d'exercice.

Comme chaque circonscription a plus de 2.000 enfants, le chiffre de 4.000 francs semblerait raisonnable d'autant plus que s'il était fait appel à un médecin fonctionnaire ayant à s'occuper — et nous craignons

que ce soit au-dessus de ses forces — de toutes les circonscriptions, il faudrait au moins lui allouer un traitement annuel de 30.000 francs.

Il est nécessaire d'insister sur l'importance de cette question, matérielle peut-être, mais qui est à envisager au premier chef, si l'on veut avoir un service qui fonctionne bien.

Conclusion

Il est de coutume dans une thèse inaugurale de consacrer un dernier chapitre aux conclusions qui sont, bien souvent, le résumé du travail présenté. Le nôtre ne peut se prêter à cette façon de faire.

Il nous semble plus logique de terminer en émettant nos impressions personnelles et de suggérer des améliorations. Nous ne savons si leur réalisation est possible. En tous cas nous n'ignorons pas les obstacles qu'elles peuvent rencontrer dont certains sont d'ordre matériel. Nous les livrons cependant à l'appréciation des services intéressés.

La question de recrutement du médecin-inspecteur et de ses honoraires, comme nous venons de le voir, est très importante. Les médecins-inspecteurs actuels de par leur expérience acquise après plusieurs années nous semblent devoir être conservés. Mais ultérieurement ne pourrait-il y avoir un concours avec épreuve de titres ? Quant aux honoraires, nous le répétons, ils doivent être suffisants pour permettre une tâche consciencieuse.

En ce qui concerne les assistantes scolaires, il est évident qu'elles devraient justifier comme nous l'avons vu, de notions d'hygiène, d'un stage dans les hôpitaux et d'un séjour dans les écoles. Les infirmières visiteuses d'hygiène pourraient peut-être assurer ce service.

Les visiteuses actuelles, bien qu'elles n'aient pas eu avant leur nomination les notions indispensables pour assurer ce service, ont comblé cette lacune et ont acquis une habitude dont il faut tenir compte. Il nous semble qu'elles pourraient être conservées, n'étant pas d'une façon générale, considérées par les médecins-inspecteurs comme inférieures à leur tâche.

Il serait évidemment à souhaiter qu'il y ait entre le médecin-traitant et le médecin-inspecteur scolaire des relations plus suivies, qu'à l'occasion de demandes de renseignements, des notifications d'examens parviennent à l'un ou à l'autre, qu'il y ait échange de notes confidentielles, et ceci à l'occasion d'une affection épidémique ou suspecte, ou de troubles graves de la santé. Le médecin-traitant pourrait avoir à profiter des suggestions heureuses du médecin-inspecteur plus habitué à l'examen de l'écolier.

Il pourrait y avoir une collaboration effective pour diminuer dans certains cas la durée habituelle d'éviction d'un malade non contagieux et même contagieux. Nous avons vu en effet que le scarlatineux par exemple pourrait être réadmis en classe beaucoup plus tôt, étant avéré qu'il n'est plus contagieux à la période de desquamation. De même le diphtérique pourrait rentrer plus tôt à l'école à condition qu'il ait eu deux examens bactériologiques négatifs à huit jours d'intervalle. Mais la durée d'éviction des maladies n'est-elle pas fixée par des règlements légaux ? Une nouvelle loi permettant à l'initiative du médecin scolaire de concert avec le médecin-traitant de diminuer dans certains cas cette durée légale nous semblerait judicieuse. Cette collaboration du médecin-inspecteur et du médecin de famille

donnerait peut-être un surcroît de travail mais pourrait avoir des conséquences favorables.

L'envoi des enfants en préventorium ou en sanatorium, nous l'avons dit, est retardé souvent par les formalités administratives, mais aussi par l'impossibilité où se trouve le médecin de pratiquer lui-même un examen complet clinique et radiologique. Ce contrôle aux rayons X ne pourrait-il pas être fait au bureau médical où serait l'appareillage nécessaire ? Ne pourrait-on pas pourvoir le médecin d'un arsenal d'appareils enregistreurs : thermomètres, spiromètres, ergostat, etc... ? Mais ces instruments donnent des indications souvent sujettes à caution, influencées qu'elles sont par une foule de circonstances ambiantes. Si la toise et le thermomètre ne peuvent guère donner d'indications fausses ,il n'en est pas de même des instruments qui exigent un certain travail de l'enfant, qui l'obligent à l'interprétation de ses sensations. L'application de ces appareils ne doit donc être faite qu'avec beaucoup de réserve.

Le médecin devrait pouvoir faire quelques petites conférences aux instituteurs pour leur apprendre à reconnaître dès le début les maladies transmissibles, leur indiquer les troubles sérieux de la croissance et leur donner des notions d'hygiène infantile et scolaire. Par contre le médecin, par des conversations fréquentes avec l'instituteur pourrait apprendre un peu de pédagogie. Il est utile que le médecin soit plus ou moins pédagogue et que l'instituteur soit plus ou moins physiologiste et hygiéniste ; mais l'université prépare surtout le médecin à traiter des malades et même celui qui se sera livré plus particulièrement à l'étude des maladies de l'enfance ne connaîtra l'enfant qu'au point de

vue pathologique. Il ignorera sa mentalité, sa psychologie ; il lui faudra une longue pratique pour lui permettre de déceler les anomalies de développement de l'enfant au cours de ses études. De son côté, l'éducateur a été mal préparé par l'école normale. Ses connaissances en physiologie et en hygiène sont rudimentaires. Elles se bornent aux notions générales et n'ont guère d'application spéciale à l'enfance. La pédologie, science de l'enfant dans sa conception la plus étendue, ne figure pas au programme de l'école normale. Aussi en général, médecins et instituteurs parlent-ils tous deux une langue différente.

Il n'est pas question à l'école de donner des soins, mais une thérapeutique ne pourrait-elle pas être instituée dans certains cas pour les enfants indigents ? Il y aurait ainsi plus de satisfaction pour le médecin-inspecteur qui pourrait contrôler les améliorations survenues chez un enfant. Dans ces conditions certains écoliers pourraient profiter de l'intérêt qu'il attache à la médecine scolaire et même, peut-être, de son expérience thérapeutique. Les confrères n'y verraient là aucun inconvénient.

Il est évident que les conseils donnés aux parents ne sont pas toujours suivis. Les chefs de famille sont négligents; parfois, d'autres, tout entier aux préoccupations de leur gagne-pain, ne peuvent nous entendre. Certains enfin restent sceptiques. Nous leur donnons un conseil qui ne nous est pas demandé, qui se rapporte à une infirmité de leur enfant, qu'ils sont peu disposés à nous montrer. La contrainte ne peut exister en pareille matière. Elle n'est indispensable que chez l'enfant contagieux. Si ce dernier ne l'est pas, on ne peut guère recourir qu'aux moyens de persuasion.

Comme ceci n'amène pas toujours de résultats, on a pensé dans certaines villes anglaises, à Strasbourg même, que les maladies, les imperfections des organes spéciaux tels que la vue, l'ouïe, les dents pouvaient être systématiquement traitées dans les écoles. Ainsi ont été fondées les cliniques scolaires : cliniques ophtalmologiques, oto-rhino-laryngologiques, dentaires. Pouvons-nous les conseiller, peuvent-elles apporter une amélioration quelconque au système préexistant ? Il est entendu que ces soins ne pourraient être réservés qu'aux enfants indigents. A notre sens, même réservées aux indigents, ces cliniques scolaires n'ont pas à l'école leur raison d'être. L'école ne doit pas être une policlinique ; il ne faut pas oublier que son rôle est d'enseigner. Il ne faut pas perdre de vue qu'avant tout le médecin scolaire est un hygiéniste, non un médecin-traitant. D'autre part dans ces cliniques, comment nommer les spécialistes attachés ? N'y a-t-il pas enfin dans les services d'hôpitaux, des consultations spéciales suffisamment fréquentes ? Nous ferons cependant une réserve en ce qui concerne la clinique dentaire. L'hygiène dentaire est en général inexistante. Si l'idée de donner des soins prenait corps, il est bien évident que la consultation de Saint-Sauveur ne pourrait suffire .Aussi pourrait-on envisager la création d'une clinique dentaire pour indigents. Ces cliniques n'auraient pas seulement pour but de traiter les caries mais de donner et d'inculquer aux enfants des habitudes d'hygiène buccale.

Enfin il nous semblerait profitable que les enfants nerveux, arriérés, présentant des troubles de la croissance, une diminution de leur activité intellectuelle, que les cas difficilement étiquetables, puissent être pré-

sentés à un médecin spécialisé, ayant non seulement des connaissances pédiatriques étendues, mais des notions de psychiâtrie et de psychologie, une habitude du psychisme de l'enfant, surtout de l'écolier. Ce pourrait être un médecin-inspecteur scolaire auquel serait réservé exclusivement cette tâche et qui pourrait avoir à donner au médecin-traitant ses impressions personnelles.

Mais si nous livrons toutes ces suggestions à notre jury, aux services intéressés, car il est humain de voir toujours mieux, il ne faudrait pas exagérer car alors l'on pourrait dire que le mieux est l'ennemi du bien. L'école commune ne doit pas être considérée comme une clinique, ni être transformée en un vaste champ d'expérimentation. Aussi nous voyons mal le médecin sanitaire avec tout un arsenal d'appareils enregistreurs dont les indications, nous l'avons vu, sont si critiquables.

L'école a pour but, il ne faut pas l'oublier, de donner l'instruction aux élèves ; il ne faut pas la transformer en laboratoire susceptible de servir aux expériences médicales, physiologiques, psychologiques, anthropométriques.

L'hygiéniste et le pédagogue doivent se venir en aide et travailler d'accord sans que l'un écrase l'autre. L'école, considérée souvent avec raison comme la source de maladies et de déformations diverses, doit servir à préserver les enfants de ces maladies, à réparer les défectuosités dont ils sont atteints, à combattre les prédispositions que l'hérédité ou les mauvaises conditions sociales leur ont imprimées, à fortifier leur constitution, en un mot à les rendre aptes intellectuellement et physiquement à la lutte pour la vie.

Cette notion capitale n'est pas perdue de vue par Messieurs les Docteurs Arquembourg, adjoint à l'hygiène et Ducamp, directeur du Bureau d'hygiène de la ville de Lille, qui d'ailleurs ont compris que des améliorations étaient susceptibles d'être apportées au système préexistant et ont déjà convoqué, à seule fin de suggestions utiles, leurs confrères médecins-inspecteurs scolaires. On ne saurait trop les louer de cette initiative.

Mais il faut bien qu'on sache que, même sans les améliorations entrevues, l'inspection médicale scolaire de la ville de Lille rend, dans son fonctionnement actuel, de très grands services de par la collaboration intelligente et dévouée des chefs qui la dirigent, des médecins-inspecteurs qui l'assurent, des assistantes scolaires, des instituteurs et des parents qui contribuent à son succès.

Vu : Bon a imprimer :
Le Président de Thèse,
Jean MINET.

Vu : *Le Doyen :*
Ch. DUBOIS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie.
CHATELET.

Bibliographie

Inspection Médicale des Écoles

ALBERT. — « Rapport sur l'inspection médicale des écoles ». (Bull. de la Fédération ant. des synd. médicaux, oct. 1928).

ANDRESS. — « Health éducation in rural schools ». (Rev. Ed. 8° Boston New-York, etc... 1925).

ARMAND DELILLE. — « Le rôle et les attributions des infirmières visiteuses d'hygiène infantile et d'hygiène scolaire ». (Paris Médical, déc. 1919).

— « Les Ecoles de plein air ». (Paris Médical, 1926, p. 368, 376.

AUBAN. — « L'inspection des écoles. Son but, ses moyens, ses tendances modernes ». (Toulouse Médical, 15 janvier 1925).

BAILEY HARIET. — « L'infirmière et l'éducation de l'hygiène dans les écoles ». (Rev. intern. l'hygiène publique, janvier, février 1921).

BENECH. — « L'organisation de l'hygiène scolaire de la ville de Nancy ». (Rev. méd. de l'Est, 15 juillet 1925).

BETTINOTTI. — « La visitadora de higiene escolar ». (La Semana Medica, 21 juin 1928).

BIARD. — « L'inspection médicale des écoles ». (La Médecine scolaire, 1er mars 1925).

BORRIE. — « L'inspection des écoles dans les départements ruraux ». (Concours Médical 1925, p. 967).

Boussi. — « Hygiène oculaire scolaire ». (Journ. de Médecine de Paris, 9 janvier 1926).

Calmette. — « Le rôle social des assistantes scolaires ». (Revue de l'enfance, octobre 1923).

Casevitz. — « Les assistantes scolaires à Paris, XVe arrond. ». (Revue de l'enfance, août 1923).

Cesare Cattaneo. — « Lo scolaro dal punto di vista del medico ». (Med. italiana n° 2 Febbraio, 1929, p. 70).

Chark. — Organizaçao da hygiène escolar no Rio de Janeiro ». A folha Médica n° 16 Rio de Janeiro, 5 juin 1928).

Clayton Paulbert. — « Le rôle de l'A. d'A. sc. en France ». L'enfant, mars, avril 1921).

Congrès international d'Hygiène Scolaire, 1910.

Decourt. — « L'inspection médicale des écoles en Seine et Marne ». (Concours Médical, 12 février 1928, p. 417).

De Farquhar. — « L'infirmière scolaire et son entourage ». (Vers la Santé, septembre 1927).

Delagrange. — « L'infirmière visiteuse scolaire ». (Revue d'hygiène et de prophylaxie sociales).

Dufestel. — « Guide pratique du médecin-inspecteur des écoles ». (Paris, in-8 1917).

— « Manuel de l'assistance hygiène scolaire ». (Paris Librairie, oct. Gaston Doin, Editeur, 8, pl. de l'Odéon, 1924).

— « Le rôle et les attributions d'une infirmière scolaire dans une école d'internat en plein air ». (L'infirmière française, février 1926).

— « Etat actuel de l'inspection médicale des écoles ». (Paris Médical, 20 nov. 1926).

— « Le projet de loi de M. Herriot sur l'inspection médicale des écoles ». (Le siècle Médical, 15 nov. 1927).

— « Inspection médicale des écoles ». (Hygiène sociale octobre 1928).

Foveau de Courmelles. — « Hygiène scolaire et inspection médicale ». (Concours Médical 1925, p. 1.635).

GARDERE. — « Hygiène sociale de l'écolier et inspection médicale des écoles ». (Journ. de Médecine de Lyon, n° 219, février 1929).

— « Hygiène sociale de l'écolier et inspection médicale des écoles ». (Pédiatrie, juin 1929, p. 164).

GENEVRIER. — « L'infirmière scolaire, comment il faut comprendre son rôle ». (L'infirmière française, juin 1923).

— « L'inspection médicale des écoles ». (Médecine Infantile, septembre 1923).

GUINON. — « Sur la nécessité de créer dans les écoles primaires des villes un service d'infirmières scolaires ». (Arch. de Médecine des Enfants, juin 1919).

HOUDRÉ-BOURSIN (Mme). — « Evaluation de la puissance physique des écoliers, son utilisation par le médecin-inspecteur des écoles ».

LEROY. — « L'inspection médicale dans les écoles rurales ». (Mouv. sanitaire n° 44, 31 décembre 1927).

LIÉVIN Henri-Victor. — « De l'examen du rhino-pharynx à l'école ». (Lille, 1924).

MARTIN. — « Service de l'A. d'H. Sc. dans les écoles de la ville de Bois-Colombes ». (Hygiène par l'exemple, janv. 1926).

MOULIN. — « Inspection médicale des écoles ». (La Médecine scolaire n° 3, 1er mars 1929, p. 45).

NOBECOURT et SCHREIBER. — « Organisation d'un service d'assistantes scolaires dans les écoles de la ville de Paris ». (La Médecine Scolaire, 1er février 1925).

NOGUE. — « L'inspection médicale des écoles et la lutte contre la carie des dents ». (Médecine scolaire, janvier 1921, p. 2, 11).

NOIR. — « Inspection médicale des écoles ». (Un nouv. projet de loi). (Concours Médical n° 37, 11 septembre 1927).

— « Inspection médicale des écoles ». (Concours médical n° 2, 8 janvier 1928).

— « Assistantes d'hygiène scolaires ». (Concours Méd. 22 janvier 1929).

OTT. — « Un essai d'inspection médicale des écoles en Seine-Inférieure ». (Concours Méd., 26 décembre 1926, p. 619).

PARISOT. — « Du rôle du médecin scolaire et de l'assistance scolaire ». (Rev. d'Hygiène, octobre 1922).

PERRIN-BARREAU Madeleine, Elisabeth, Marie. — « L'assistante l'hygiène scolaire ». (Thèse 1927, Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris).

PETIT. — « L'inspection médicale des écoles ». (Le Courrier Médical n° 10, 11 mars 1928).

REMY. — « L'organisation de l'enseignement et de l'inspection médicale scolaire ». (Congrès interallié d'hygiène sociale, Paris, 22-26, IV, 1919).

ROUECHE. — « Hygiène sociale de l'enfance. L'enfant à l'école. La Médecine scolaire. Les assistantes scolaires ». (Journ. de Médecine de Paris, n° 36, 5 septembre 1929, p. 755).

VIGNE et GARDÈRE. — « L'inspection médicale des écoles de la ville de Lyon ». (Avenir Médical, septemb.-octob. 1928, n° 8, p. 230).

VIOLETTE. — « La visiteuse d'hygiène scolaire ». (Rev. d'Hyg., 1919, p. 1.181).

VIOLETTE. — « Organisation de l'inspection médicale scolaire en Province ». (Revue d'Hygiène 1921).

VITRY. — « L'organisation de l'inspection médicale des écoles en France ». (Médecine scolaire, t. XVIII, n° 1, 1er janv. 1929, p. 2).

— « L'organisation de l'inspection médicale des écoles de France ». (La Médecine scolaire n° 2, 1er février 1929, p. 22).

— « L'inspection médicale des Ecoles ». (La sage-femme du Nord, juillet 1928, p. 349).

— « Inspection médicale scolaire du département de Antioquia ». (Médecine scolaire, août 1928, p. 123).

— « L'inspection médicale des écoles ». (Bull. off. du synd. des Médecins du Rhône, septembre 1928, p. 227).

La Médecine sociale scolaire

BERNARD Etienne. — « Contre l'anonymat de l'Internat ». (Semaine des Hôpitaux de Paris, n° 1, 15 janvier 1929, p. 4).

BERNARD et DEBRE. — « Cours d'Hygiène, 2 vol. ». (Paris, in-8, 1927).

BIARD. — « Travaux originaux. L'éclairage dans les écoles ». (La Médecine scolaire, t. XVIII, n° 3, 1er août 1929, p. 133).

BOUDIN. — « Responsabilité civile. Institutions, écoliers, accident, force majeure. Responsabilité de l'Etat substituée à celle de l'instituteur. Commentaires ». (Concours Médical 1925, p. 438).

BOUQUET. — « Pour les Ecoles de province ». (Monde Médical 1925, n° 676).

— « Les Ménechmes. Ecoles de Provinces ». (Le Monde Médical, n° 728, 1er mai 1928, p. 486).

BRAUD. — « Le nageur scolaire ». (La revue de l'enfance, n° 8, août 1928).

BROWNE. — « Health education in rural scholls ». (Pub. Health J. Toronto, 1920, XI, p. 533).

CATSELLI. — « Les progrès des écoliers en rapport avec leur état physique intellectuel et social et les conditions hygiéniques de l'école ». (Att. d. sc. med. e naturali in Cagliari, janv. 1927).

CAVALIER (Mlle). — « La prolongation de la scolarité et l'hygiène ». (L'hygiène par l'exemple, n° 4, juillet-août 1929, p. 177).

GONZALLO CHIRINO. — « Les aptitudes de los escolares ». (El siglo medico, 13 oct. 1928, n° 3905, p. 362).

CLARK. — « Tendencias modernas em hygiène escolar ». (A Folha med. n° 4, fév. 1929).

— « Seis mezes de hygiène escolar ». (A Folha medica n° 5, 15 fév. 1929, p. 52).

— « Seis mezes de hygiène escolar ». (A Folha medica n° 6, 25 fév. 1929, p. 68).

CODINA CASTELLVI. — « La higiene y la instruccion primaria (alcoholismo y tuberculosis) ». (La ilustracion espaoola y americana, 30 mars 1902).

CONTE. — « Critiques sur la question de l'éducation physique et des sports à l'école ». (Education physique, juillet 1928, p. 182).

COURMONT et ROCGAIX. — Précis d'hygiène (Paris in-8, 1925).

CROS. — « Rapport sur l'hygiène dentaire scolaire, urbaine ». (Semaine dentaire, 27 déc. 1925).

DUFESTEL. — « L'école et le développement physique de l'écolier ». (La Médecine scolaire, 1er sept. 1928, p. 133).

— « L'école doit favoriser la croissance des enfants ». (Le Courrier méd. n° 35, 18 sept. 1927).

— « L'école doit favoriser la croissance physique des enfants ». (Piédiatrie, oct. 1927, p. 191).

— « L'école et le développement physique des écoliers ». (Rev. d'Hyg., déc. 1928).

DUMONT SILLEVAERTS. — « Recherches de la viciation de l'air dans les écoles ». (La médecine scolaire, n° 9, 1er sept. 1929, p. 151).

FALCAO COSGA. — « Hygiène de escola primaria ». (Thèse de Rio de Janeiro, déc. 1927).

FERREIRA. — « Importancia da Hygiène escolar ». (Mundo medico n° 14, 29 de sept. 1927, Rio de Janeiro).

FOWLER et FLETCHER. — « Three million deafened scholl children ». (Journ. of the amer. med. Ass., 12 oct. 1928).

— « Three million deafened scholl children ». (The Journ. of the american medical assoc., n° 16, oct. 20, 1928, p. 1.181).

FRAGNAUD. — « Une belle œuvre scolaire : La coopération à l'école primaire ». (La revue de l'Enfance, n° 11, 15 nov. 1928).

GARDÈRE. — « La prophylaxie de la tuberculose à l'école ». (Lyon médical, 10 avril 1927).

GIDON. — « Remarques sur la syphilis scolaire ». (Annal. des Laborat. Clin. Paris 1926, p. 97).

GORICCHON BAILLET. — « Le cavalier sans Maître ». (Paris méd. n° 31, 3 août 1929, p. 120).

GOTTELAND. — « Pour l'éducation intégrale ». (L'Education physique n° 54, n° 8).

FUNCK HELLET. — « Les constructions scolaires ». (La médecine scolaire, t. XVIII, n° 10, 1er oct. 1929).

HOUDRE (Mme le Dr). — « A quoi sert une assistance scolaire ». (Rev. de l'enfance, juillet 1923).

JACQUET. — « Essai sur l'hygiène universitaire ». (Thèse 1928, Paris, Maloine, Edit. Nancy. Camille André, imprimeur, 1, boul. Jean-Jaurès).

KOPCZYNSKI Stanislas. — « La santé des enfants des écoles primaires en Pologne ». (La médecine scolaire n° 4, 1er avril 1929, p. 72).

KRUGER Simon. — « Begrubung arztlicher studienreisen ». (Wiener Med. Woch. n° 34, 17 août 1929, p. 1.105).

LAUFER et BONCOUR. — « Capacité de travail et état biologique, les premiers et les derniers des classes. Ecoliers bien doués et mal doués ». (Le progrès méd. 14 août 1926).

LEDENT. — « La lumière et l'hygiène scolaire ». (La médecine scolaire, t. XVIII, n° 3, 1er août 1929, p. 137).

LEGGE et TEMPLETON. — « Incidence of foot ringworn among college studnets ». (The journ. of the amer, med. Ass. Vol. 93, n° 3, July, 20 1929, p. 170).

LEGROUX. — « Fonctionnement du centre d'hygiène scolaire de l'Institut Lannelongue ». (La méd. scolaire, 1er mai 1925).

LEGROUX et GRAND. — « Le centre d'hygiène scolaire de l'institut Lannelongue dans le XIVe arrondissement ». (Paris Méd. 6 Nov 1926).

MACAIGNE. — « Précis d'Hygiène ». (Paris in-8°, 1922).

MAGNAN. — « Conférence sur l'éducation physique faite aux membres de l'enseignement primaire ». (La Gaz. méd. de Paris, 15 juillet 1927, p. 444).

MALTHUS. — « Essais sur la population » (1803).

MARKUSSE. — « La tuberculose chez les écoliers à Kazan ». (Kazanskij medic. Journ. 1926, p. 1.160).

MERY et GENEVRIER. — « Hygiène scolaire in Traité d'Hygiène de Martin et Brouatdel, fasc. 6 ». (Paris in-8°, 1914).

MOLINERY. — « De la crèche à l'école ». (Mars 1925).

NATHAN. — « Eviction réglementaire des écoles pour les maladies contagieuses ». (Soc. de Pédiatrie, 15 juin 1926).

NEIL et DAYTON. — « Survey of 10, 455 retarded children in the public schools of massachusetts ». (Amer. Journ. of psychiatr. N° 6, May 1929, p. 981).

NOIR. — « Prophylaxie des maladies transmissibles et livres scolaires ». (Concours médical n° 39, 25 sept. 1927).

— « Coqueluche, diphtérie, rougeole (prophylaxie scolaire) ». (Concours médical n° 45, 7 nov. 1926).

— « Questions d'hygiène scolaire. La prophylaxie de la diphtérie serait-elle devenue réellement efficace ». Concours médical, 10 avril 1928, p. 1.735).

PAGE. — « Personal and impersonal factors in school infections ». (The Lancet, juin 29, 1929, p. 1.371).

PAUL BONCOUR et DAUFFER. — « Les stigmates scolaires de l'inat. (La méd. scolaire, 1er déc. 1928, t. XVII, n° 12, p. 188).

PERROTE Félix. — « La higiène e inspeccion ocular en las escuelas ». (Clinica y Laboratorio n° 72, déc. 1928, p. 441).

PIZON. — « Leçons d'hygiène ». (Paris in-8° 1927).

PIET. — « L'hygiène à l'Ecole de Saint-Gobain (Aisne) ». (L'hygiène par l'exemple, juillet-août 1928, p. 208).

PONCET. — « Essai de concours d'hygiène entre les Elèves des Ecoles primaires d'une circonscription rurale ». (Mouvement sanitaire n° 63, 31 juillet 1929, p. 426).

RENAULT et BLUM. — « De l'utilité d'une bonne ventilation permanente dans une salle de classe » (La Médecine scolaire, 1er juin 1922).

REYNAL. — « Le cinéma éducateur ». (La revue tunisienne des Sciences médicales, juillet-août 1928).

RICCI. — « Dati ed episodi della lotta antitracomatosa scolastica in Puzzu ». (Studium n° 4, 20 avrli 1928).

ALVARO ROCHA. — « Prophylaxie das doenàas contagiosas na escola ». (Revista prasileira de médicina et pharmacia n°s 3 et 4, mars et avril 1929, p. 153).

ROCHER. — « L'éducation physique chez les enfants des écoles du quartier nord de Bord. et le dispens. des enfants malades des Chartons ». (Congrès nat. d'Educ. phys. de Bord. Sept. 1923).

RODIN. — « Eye examination of school children ». (The journ. of the amer. médical association, vol. 93, n° 12, sept. 1929, p. 911).

ROUECHE. — « Hygiène de l'Enfance. L'enfant à l'école ». (Journal de Médecine de Paris, n° 35, 29 août 1929, p. 735).

ROUVRAY. — « Le cinéma public et l'enfance ». (L'hygiène par l'exemple, sept.-oct. 1928, p. 249).

RUSSEL et CECIL. — « The function of the practitioner in the modern medical school ». (The journ. of the maer. medical association août 1929, n° 7, p. 503).

SCHELDON et DUDLEY. — « Microbic dissemination in schools ». (The Lancet, 27 oct. 1928, p. 849).

THOUVENEL. — « Remarques sur l'exploration fonctionnelle du cœur et des poumons chez les écoliers ». (Thèse de Paris 1929, Librairie Lac 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris).

THOUVENEL. — « Sur l'exploiration fonctionnelle du cœur et des poumons chez les écoliers ». (Paris Médical n° 31, 3 août 1929, p. 123).

VANBOCKSTAEL. — « Hygiène sociale de l'âge préscolaire, enfant de 2 à 6 ans ». (Thèse de Paris 1929, Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris).

VIANNA. — « A hypoalimentacao entre os escolares ». (Annaes